

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 12 mars 1903, à 1 heure

PAR

Fernand GARREAU

Né à Châteauneuf-sur-Loire (Loiret)

LES

PNEUMONIES A POINT DE COTÉ ABDOMINAL

Les pseudo-appendicites pneumoniques

Président : M. HUTINEL, Professeur.

DEBOVE, Professeur.

Juges : MM.

ACHARD, Agrégé.

MÉRY, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1903

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 12 mars 1903, à 1 heure

PAR

Fernand GARREAU

Né à Châteauneuf-sur-Loire (Loiret)

—
LES

PNEUMONIES A POINT DE COTÉ ABDOMINAL

Les pseudo-appendicites pneumoniques

Président : M. HUTINEL, Professeur.

DEBOVE, Professeur.

Juges : MM. { ACHARD, Agrégé.

MÉRY, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

—
1903

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen
Professeurs

M. DEBOVE.
MM.

Anatomie
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie comparée et expérimentale.....

POIRIER.
CH. RICHET.
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD
BOUCHARD.
HUTINEL.
BRISSAUD.
LANNELONGUE
CORNIL.
MATHIAS DUVAL
BERGER.
POUCHET.
GILBERT.
PROUST.
BROUARDEL.
DEJERINE
CHANTEMESSE

Clinique médicale.....

LANDOUZY.
HAYEM.
DIEULAFOY.
DEBOVE.
GRANCHER.
JOFFROY.
GAUCHER.
RAYMOND
TERRIER.
DUPLAY.
LE DENTU.
TILLAUD.
DE LAPERSONNE.
GUYON.
PINARD.
BUDIN.
POZZI.
KIRMISSON

Maladies des enfants.....
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....
Clinique d'accouchements.....
Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....

Agrégés en exercice

MM.

ACHARD.
AUVRAY.
BEZANÇON.
BONNAIRE.
BROCA Auguste.
BROCA André.
CHASSEVANT.
CUNEO.
DEMBLIN.
DESGREZ.
DUPRÉ.

MM.

FAURÉ.
GILLES DE LA
TOURETTE.
GOSSET.
GOUGET.
GUIART.
HARTMANN.
JEANSELME.
LANGLOIS.
LAUNOIS.

MM.

LEGRY.
LEGUEU.
LEPAGE.
MAUCLAIRE.
MARION.
MERY.
POTOCKI.
RENON.
REMY.
RICHAUD.

MM.

RIEFFEL (chef des
Travaux anatomiques.)
TEISSIER.
THIERY.
THIROLOIX
THOINOT
VAQUEZ.
WALLICH.
WALTHER
WIDAL.
WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en aura ni leur donner aucune approbation ni improbation

A MA MÈRE

A MA TANTE

A MON ONCLE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Un matin de décembre, nous nous trouvions dans le service de notre maître, M. le docteur Comby, aux Enfants-Malades. Les élèves entouraient le lit d'une fillette atteinte de pneumonie. Les symptômes étaient nets, mais l'enfant se plaignait du ventre et à ce propos M. Comby insistait devant nous sur le point de côté abdominal dans les affections thoraciques de l'enfance, sur sa fréquence relative, et il nous mettait en garde contre les méprises auxquelles il pouvait donner lieu : « Au début surtout, l'enfant pourra accuser, localiser sa douleur dans le côté droit de l'abdomen, dans la région appendiculaire. Vous trouverez le point de MacBurney précis et si vous n'êtes prévenu, si vous ne connaissez pas cette localisation anormale du point de côté, vous penserez à l'appendicite, vous diagnostiquerez une appendicite avec d'autant moins d'hésitation que vous aurez pour compléter le tableau de la fièvre, des vomissements, de la constipation. » Du reste, ajoutait-il, « des praticiens de premier ordre, médecins

et chirurgiens, s'y sont laissé prendre et l'on pourrait retrouver dans les annales de la science médicale un certain nombre de ces cas troublants et déconcertants tout à la fois. »

Il y avait là de quoi tenter un étudiant comme nous en recherche d'un sujet de thèse intéressant; nous commençons alors ce travail.

Nous ferons, dans un premier chapitre, l'historique de la question. Dans un second, nous répondrons à quelques objections. Le troisième sera consacré à la partie clinique, dans la quatrième, nous esquisserons une pathogénie. Nous poserons à la fin nos conclusions.

Mais avant d'entrer dans la discussion, nous avons, arrivé au terme de nos études médicales, à accomplir un devoir qui nous est cher, et à payer à nos maîtres dans les hôpitaux notre tribut de reconnaissance.

Nous remercions tout particulièrement M. le docteur Comby qui nous inspira ce sujet. Nous avons été à même, pendant les quelques mois passés dans son service, d'apprécier sa bonté, son dévouement, et ses hautes qualités de clinicien et d'éducateur. Ses causeries au lit du malade nous ont été un enseignement précieux. Nous avons applaudi avec tous ses amis à la juste récompense que le Gouvernement vient d'accorder à ses mérites, et nous tenons à l'assurer personnellement de notre profonde et sincère reconnaissance.

Nous n'oublierons pas non plus M. le docteur Si-

redey. Nous arrivions chez lui avec l'ardeur du néophyte, avide d'une science nouvelle. Nous nous rappelons son bienveillant accueil et ses encouragements. Il eut la tâche ingrate de nous inculquer les premières notions de la médecine. Nous avons, dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, beaucoup vu, beaucoup appris, beaucoup retenu. Qu'il nous permette de lui adresser nos plus vifs remerciements.

Merci aussi à M. le docteur Huchard. En devenant un abonné du *Journal des Praticiens*, nous avons voulu lui prouver notre gratitude, lui prouver aussi en quelle haute estime nous tenions son enseignement.

Nous gardons un excellent souvenir de notre année passée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Duplay. Nous sommes heureux d'exprimer aujourd'hui à M. Marion, agrégé et chirurgien des hôpitaux, son chef de clinique d'alors, l'expression de nos meilleurs souvenirs et de notre reconnaissance.

Merci enfin aux maîtres brillants, à M. le professeur Pinard, à M. le docteur Brocq, à M. le docteur Terrien, qui nous enseignèrent les spécialités.

CHAPITRE PREMIER

Historique de la question.

Le sujet qui nous occupe n'est pas complètement nouveau.

Mirande, un élève de cette faculté, a soutenu dans le courant de novembre 1900 une thèse intitulée : « Du syndrome appendiculaire dans les affections thoraciques, sans lésions de l'appendice », où sont rapportées dix observations, dont deux très détaillées et très bien prises, ayant trait à des pneumonies ayant simulé l'appendicite chez des adultes. L'un des malades fut opéré et mourut. Son appendice fut examiné histologiquement par M. Leray, chef du laboratoire : il y avait intégrité de la muqueuse, épithélium et glandes. Il n'y avait pas traces de processus aigu récent. Mirande relate également deux courtes observations de Mooris, parues dans le *New-York medical Journal* du 8 avril 1899 et trois autres dues à la bienveillante communication orale de M. le professeur Hutinel. Un des malades de

Morris fut opéré, l'appendice fut trouvé normal. Un autre également de M. Hutinel subit l'appendicectomie, l'appendice était sain.

Nous trouvons encore dans le *New-York medical Journal*, n° du 15 septembre 1899, une observation de Palier relative à un enfant. On opéra : appendice sain et péritoine intact. L'enfant mourut. L'autopsie fit découvrir une pneumonie compliquée d'empyème.

En novembre 1899, dans les *Annals of Gyn. and Pediat*, J. Lowet Morse raconte que deux laparotomies ont été faites à Boston, pour de fausses appendicites qui n'étaient que des pneumonies lobaires et il expose trois observations personnelles avec symptômes abdominaux des plus marqués.

En Italie, le professeur Massalongo, de Vérone, au Congrès de pédiatrie tenu à Florence, du 15 au 20 novembre 1901, a décrit des cas analogues sous le nom de pneumonies appendiculaires, ou mieux de pseudo-appendicites pneumoniques. Nous apprenons par un extrait du rapport qu'il a eu l'amabilité de nous envoyer, que dans cinq cas la laparotomie a été faite. Un examen parfaitement minutieux a fait constater que les appendices étaient sains.

Le docteur H. Richardson, dans un article du *Boston medical and surgical Journal* (avril 1902) intitulé « Notes sur le diagnostic de l'appendicite », rapporte plusieurs observations du même genre. Il s'agit le plus souvent de pneumonies infantiles. Une malade adulte opérée mourut ; à l'autopsie, on trouva une pneumonie des deux bases et une pleurésie diaphragmatique droite

sans aucune trace de péritonite. Chez un jeune garçon, le chirurgien réséqua un appendice sain.

En France, à la Société médicale des hôpitaux (12 mars 1901), M. Guinon attirait l'attention sur le point de côté abdominal et il donnait une observation prise dans son service où le diagnostic d'appendicite porté par les élèves fut bientôt démenti par les signes d'une pneumonie.

Le docteur H. L. Barnard dans *The Lancet* du 2 août 1902 sous le titre de « The simulation of acutes peritonitis by pleuro-pulmonic diseases » cite deux nouveaux cas survenus chez des enfants

Le 28 novembre dernier, M. le docteur Siredey, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, faisait à la Société médicale des hôpitaux de Paris une communication sur un cas d'infection pneumococcique chez un malade présentant à la fois une pneumonie droite, de la pleurésie diaphragmatique, de la péricardite, une arthrite métacarpophalangienne suppurée. Les réactions abdominales intenses avaient rendu au début le diagnostic difficile et par analogie M. Siredey rapprochait un cas observé par son interne Coudert où la pneumonie avait été prise au début pour une appendicite.

Ce sont tous ces cas épars dans la littérature que nous avons rassemblés. M. Comby a bien voulu nous donner une observation qu'il a recueillie dans sa clientèle de ville. Elle a du reste paru dans les *Archives de Médecine des enfants* (numéro de décembre 1902). Nous y avons ajouté une observation personnelle et une observation relatée dans la précédente revue. Ce dernier cas

n'est peut-être pas très probant, pourtant son allure fut assez sévère et suffisamment abdominale pour avoir donné de sérieuses inquiétudes au père de la petite malade, un de nos confrères.

Pour rares que soient ces cas, ils sont intéressants et utiles à connaître. Ils seront, nous voulons l'espérer, profitables aux praticiens en les éclairant sur un point de diagnostic parfois épineux, en leur évitant peut-être des déconvenues cruelles et retentissantes, en tout cas, toujours ennuyeuses, profitables aussi aux malades auxquels ils pourront éviter une opération sinon dangereuse, du moins inutile.

CHAPITRE II.

Réponse à quelques objections.

Talamon écrivait dans la *Médecine moderne* en 1892 :
« Le diagnostic de l'appendicite en général ne présente aucune difficulté ; le type clinique habituel est aussi facile à reconnaître que celui de la pneumonie aiguë. La brusquerie aiguë du début, le point de côté iliaque, la tuméfaction localisée dans la région iliaque, sont aussi caractéristiques que le frisson violent, le point de côté thoracique et l'expectoration rouillée de la pneumonie . »

Or voilà que par un contraste étrange, paradoxal, ces deux affections si parfaitement distinctes, si nettement cliniques, peuvent prêter à la confusion. Il semble insensé de prétendre que deux maladies aiguës, abdominale et thoracique, puissent jamais être prises l'une pour l'autre et nous comprenons le sourire sarcastique de l'étudiant qui, écrivant sur l'appendicite, s'indignait, s'étonnait qu'on ait pu penser à une appendicite alors qu'il

s'agissait d'une pleurésie purulente ! Eh bien, c'est une notion qui doit entrer dans le domaine clinique : la pneumonie tant chez l'adulte que chez l'enfant peut simuler l'appendicite, au début seulement. Les faits sont là qui le prouvent et nos observations corroborent cette assertion.

Un individu est pris d'une douleur subite dans le ventre, il vomit, il est constipé, il a en même temps de la fièvre. Vous lui demandez de vous préciser le siège de cette algie et il vous montre la région appendiculaire. Qui donc, en présence de ces symptômes, ne penserait pas à l'appendicite, aujourd'hui surtout où l'appendicite est dans l'air tellement que partout on en parle : pour les gens du monde, pour le public, c'est chose connue et familière. (Est-ce que les journaux, les revues n'en ont pas parlé comme d'un nouveau mal, mal redoutable !) Et dans la médecine, elle suscite depuis quelques années des discussions vives au sein des sociétés savantes, des leçons dans les amphithéâtres, des articles dans les gazettes. Il serait peut-être malaisé de trouver quelque autre sujet médical qui ait à notre époque fait dire tant de paroles et couler tant de flots d'encre.

Si vous êtes un médecin radical, partisan de l'intervention immédiate, si vous êtes imbu de cette idée évidemment excellente et éminemment juste en elle-même que toute appendicite diagnostiquée doit être opérée sur le champ parce qu'on ne sait ce qu'elle peut devenir, vous agirez en conséquence comme d'autres l'ont fait, que j'ai cités plus haut, et l'appendice en main vous prouvera tout de suite à votre grande stupéfaction qu'il

en avait menti. Vous conviendrez que vous vous êtes trompé. *Errare humanum est*. Il s'agissait d'une pneumonie !

Si vous êtes opportuniste, si vous restez sur vos positions, le bistouri à la main, attentif à la moindre alerte, si vous faites l'expectative armée, l'évolution nous ménagera une surprise. Vous interrogiez l'appendice et c'est le poumon qui vous répond. Vous disiez appendicite, vous direz après : pneumonie.

La cause de tout cela, nous ne cesserons de le répéter, c'est le point de côté abdominal.

La lecture de nos observations peut amener l'esprit à formuler quelques objections, quelques hésitations. Nous-même, nous nous sommes trouvé au début en face de raisons qui avaient pour elles l'apparence d'une bonne et saine logique. Les voici :

Ne s'agit-il pas d'hystérie ?

Ne s'agit-il pas d'appendicite avec pneumonie consécutive ?

Ne s'agit-il pas de pneumonie avec appendicite secondaire ?

Ne s'agit-il pas de pneumonie avec appendicite simultanée ?

C'est à ces questions que nous voulons répondre et opposer des arguments.

— Ne s'agit-il pas d'hystérie ?

N'a-t-on pas cité des cas où l'hystérie a donné lieu au syndrome appendiculaire ? M. le professeur Brissaud

a, en effet, rapporté à la Société médicale des hôpitaux, sous le nom « d'appendicite-fantôme », l'observation d'une jeune Bretonne chez laquelle il pensa que le syndrome appendiculaire n'était qu'un épiphénomène de névropathie. Il la garda un an dans son service; elle eut plusieurs crises qui lui firent confirmer le diagnostic d'hystérie. (Il est vrai que pour Rendu qui vit plus tard la malade et la fit opérer, il s'agissait d'une entérite iléo-cœcale et d'une hyperplasie folliculaire de l'appendice.)

Quoi qu'il en soit, il est certain, comme le dit Guigon, que l'hystérie peut simuler l'appendicite de toutes pièces et c'est alors une forme de péritonisme, ou bien aggraver les signes d'une appendicite légère. Donc, deux catégories de faits, comme le remarque Talamon : les cas où l'hystérie est seule en cause, il n'y a pas de lésions de l'appendicite, c'est la « pseudo-appendicite hystérique » ; les cas où l'hystérie exaspère les symptômes d'une appendicite bénigne.

Nos cas ne pourraient-ils pas rentrer dans l'une ou l'autre de ces catégories ? Nous n'hésitons pas à répondre par la négative.

Les stigmates hystériques n'ont jamais été notés. par contre, nous avons toujours eu des symptômes pulmonaires. De plus, dans la pseudo-appendicite hystérique, il n'y a pas de fièvre, et dans nos cas, il y en a toujours eu et la haute température suffisait à écarter ce soupçon. Nous savons qu'à la rigueur, chez l'hystérique, la température pourrait compléter le tableau symptomatique de la crise appendiculaire ; la fièvre

hystérique existe, M. Widal faisait tout dernièrement sur ce sujet, à propos d'un malade de son service, une très intéressante clinique ; mais le pouls reste normal, l'état général reste bon. du reste il s'agit là de raretés et bien qu'on puisse concevoir la coïncidence possible, reste à la nature le soin de la faire naître. La douleur enfin dans la pseudo-appendicite hystérique siège plutôt dans l'hypochondre droit, il y a hyperesthésie extrême de la zone sous-costale, tandis que chez nos malades la douleur est localisée le plus fréquemment dans la zone dite appendiculaire.

Pourrait-on penser à l'appendicite légère avec péritonisme hystérique ? mais les examens pratiqués à la suite des interventions chirurgicales ont prouvé que les appendices étaient sains.

— S'agit-il d'appendicite avec pneumonie consécutive ? et nos observations ne seraient-elles pas celles d'appendicites légères, dont les lésions, le processus pathologiques s'étendraient consécutivement jusqu'aux poumons ? Les micro-organismes nés dans le foyer appendiculaire s'en iraient par migration, voie sanguine surtout, attaquer le poumon et provoquer la phlogose de ses lobes ?

Assurément on a signalé des complications pulmonaires dues à l'appendicite. C'est ainsi que Malmsten et Key, Payne, Netter ont observé des abcès du poumon, Roux et Einhorn des embolies pulmonaires, Dupré la broncho-pneumonie, d'autres la gangrène pulmonaire. Rochon a vu une localisation intestinale primi-

tive pneumococcique suivie d'une pneumonie du sommet. Pourquoi n'existerait-il pas aussi une pneumonie appendiculaire ?

Nous répondrons que cette existence n'a point été jusqu'ici réalisée par les faits, qu'elle est donc purement hypothétique.

Pour cela, il faudrait d'abord que l'appendice fût malade. Or nous redisons à la lumière de l'expérience que les appendices étaient normaux. Et admettons un instant qu'ils aient été malades, il nous faudrait supposer dans l'appendice une culture, un foyer de pneumocoques. Or si nous consultons les travaux de Veillon et Zuber, d'Achard et Broca qui ont particulièrement étudié la bactériologie de l'appendicite, nous reconnaissons que le pneumocoque ne fait pour ainsi dire pas partie de la flore appendiculaire. Achard et Broca ne l'ont trouvé qu'une fois sur vingt et encore il était associé aux colibacilles, streptocoques et staphylocoques. Veillon et Zuber n'ont pas été plus heureux, eux aussi ne l'ont trouvé qu'une fois sur vingt-deux examens, mais il était en culture pure. Il est donc permis d'inférer que le diplocoque aérobie de la pneumonie franche n'est qu'un hôte exceptionnel de l'appendice et que le pus appendiculaire renferme le plus souvent des anaérobies.

Poussons les choses à l'extrême et supposons les pneumocoques partis de l'appendicite et arrivant léser le poumon par l'intermédiaire du sang, mais alors l'appendicite aurait une tout autre physionomie, elle se présenterait avec les caractères communs à toute septicémie et cette complication, la pneumonie, serait tar-

diver, il lui faudrait un certain temps pour se produire.

Or ce n'est point ce que nous trouvons dans nos cas, où la pneumonie a eu son cycle parfaitement normal et régulier et où les phénomènes de crise et la défervescence se sont montrés en temps opportun et classique.

—Retournant la proposition précédente, nous pouvons nous demander : ne s'agit-il pas non plus de pneumonie avec appendicite secondaire ?

L'irritation locale mécanique et microbienne de la muqueuse de l'appendice par des corps étrangers introduits par les premières voies, les matières stercorales, les parasites vermineux *ascaris* ou *tricocéphalus* dispar) qui franchissent la rudimentaire valvule de Gerlach, la propagation par continuité d'une phlegmasie aiguë ou chronique de l'intestin, l'exaltation subite des germes de l'appendice enfermés en cavité close, toutes ces causes enserrent dans un cadre trop étroit l'étiologie de l'appendicite. Il faut l'élargir et placer à côté des causes locales des causes générales extrêmement variées. Et de fait on a observé des manifestations appendiculaires dans la variole (Leudet), dans la rougeole, la varicelle, les oreillons (Jalaguier), dans la grippe (Faisans, Merklen, Gagnière, Niclot), dans le rhumatisme articulaire aigu (Poncet et Jaboulay), dans de simples amygdalites (Apolant, Brionval et Fischer), dans l'actinomycose (Braim, Poncet, Bérard), et même dans la syphilis secondaire (Horwitz).

Tout récemment (27 décembre 1902), Simonin, un agrégé du Val-de-Grâce, communiquait à la Société mé-

dicale des hôpitaux le résultat de ses recherches sur les manifestations appendiculaires au cours de quelques maladies infectieuses notamment des angines, de l'érysipèle, des oreillons, mais dans un certain nombre de ces cas, la douleur iliaque n'était point spontanée et il fallait la pression de la main pour la provoquer, il n'y avait point de phénomènes généraux. Sont-ce là signes suffisants pour dire appendicite ? Nous ne nions pas la possibilité de l'appendicite dans le cours des maladies infectieuses mais nous la croyons rare.

Les lésions d'origine pneumococcique ne se rencontrent du reste qu'exceptionnellement au niveau de l'intestin. Dieulafoy a observé la gastrite ulcéreuse pneumococcique et Rathery un cas d'hémorragie intestinale due au pneumocoque. Dans ces cas, ce dernier fut trouvé dans le sang. Et l'on a observé aussi l'appendicite dans le cours de la pneumonie, témoin ce cas de Ferrier : Il s'agit d'un jeune soldat qui, le 3 mai dernier, prend une pneumonie classique ; le 8 son point de côté thoracique irradie dans tout l'abdomen, ayant son maximum au-dessous du rebord des fausses côtes, mais jamais il ne fut iliaque, si bien qu'on ne pensa pas à l'appendicite, et c'est à l'autopsie faite le 10 qu'on trouva dans la cavité de l'appendice, qui était du reste libre d'adhérences, deux à trois cuillerées à café de pus crémeux. Le diplocoque fut décelé dans ce pus.

D'ailleurs l'expérimentation est là qui supplée la clinique ; divers auteurs ont pu produire l'appendicite folliculaire : Dominici avec le bacille typhique, Roger avec le pneumobacille, Mosny avec des toxines pneumococciques et staphylococciques.

Tous ces faits cliniques et expérimentaux trouvent des explications suffisamment plausibles, si l'on veut bien, avec les anatomo-histologistes, considérer l'appendice comme un amas de formations lymphatiques, comme une plaque de Peyer, comme un ganglion tubulé, comme une amygdale (Sahli et Band Suttlon), auquel est dévolu un rôle de résistance contre les microbes et leurs toxines, quel que soit le point par lequel ils pénètrent dans l'organisme. De cette résistance à l'infection, l'appendice pourra sortir vaincu, il sera le siège d'une inflammation plus ou moins vive et l'appendicite apparaît alors comme « une réaction locale de défense contre une infection en voie de généralisation. »

Cela s'est-il présenté dans nos observations? L'appendicite aurait dû être tardive. Non seulement elle ne l'a pas été, mais elle n'a jamais été.

Reste la dernière hypothèse : ne s'agit-il pas d'une pneumonie avec appendicite simultanée? Un individu ne peut-il faire en même temps une pneumonie et une appendicite; un processus aigu ne peut-il atteindre au même moment poumon et appendice? Si on admet pour le poumon la théorie du *locus minoris resistentiæ*, de la réceptivité, ne peut-on l'admettre pour l'appendice? La pneumonie commençante ne pourrait-elle pas réveiller le microbisme latent et accroître la virulence des germes de l'appendice? L'appendice ne pourrait il pas jouer tout de suite le rôle défensif que nous venons de lui prêter et tout de suite s'enflammer? Autant d'hypothèses que la clinique n'a point encore

vérifiées. La coïncidence d'une pneumonie et d'une appendicite simultanée est concevable. Ce qui est certain, c'est que les appendices extirpés ont été notés normaux. On nous demandera s'ils ont été examinés au microscope. Dans les observations de Mirande, oui ; dans les autres, nous ne savons ; mais à l'examen macroscopique, on peut déjà se rendre compte de l'état du péritoine appendiculaire. Et quand on trouverait de la folliculite, cette folliculite serait-elle capable d'expliquer les phénomènes abdominaux ?

Aussi bien, on s'occupe, depuis quelque temps, de l'examen systématique des appendices enlevés aux autopsies et ne sait-on pas que nombreux sont les individus qui portent en eux, durant leur vie, de la folliculite sans le savoir, cette folliculite restant silencieuse et ne faisant pas parler d'elle ? Est-ce que cette folliculite n'existe pas dans la fièvre typhoïde et cependant le typhique n'accuse pas de douleur. A peine la palpation profonde de la fosse iliaque provoque-t-elle un peu de gêne !

Et puis, ce serait coïncidence assez curieuse de ne rencontrer que de la folliculite simple et jamais de péritonite circonscrite avec adhérences et suppuration. Dans aucune de nos observations, il n'y a la tuméfaction iliaque, le boudin, le plastron. Si donc nos cas n'étaient que des pneumonies avec appendicite, nous serions en présence d'appendicites bénignes. Nous nous refuserons à le croire tant que nous n'aurons pas de preuves certaines (et encore faudrait-il qu'il s'agisse d'un certain nombre de faits et non d'un cas isolé).

CHAPITRE III

Clinique.

D'une façon générale, l'on peut dire que ce qui distingue entre elles deux affections, ce n'est pas seulement l'inexacte superposition de leurs cadres symptomatiques, mais encore et surtout à côté de leurs attributs communs de signes propres, véritablement spécifiques qui portent dans le langage médical le nom de pathognomoniques ; ils sont en quelque sorte le cachet, la signature de la maladie dont ils dépendent. Mais, que ces signes de toute première valeur viennent à manquer et la confusion devient possible ; qu'ils soient méconnus ou qu'ils s'effacent, qu'ils s'estompent devant la prédominance de symptômes secondaires ou insolites et l'erreur est encore facile. Ajoutez à cela l'invasion dans le tableau symptomatique de l'élément nerveux, variable suivant les individus et vous comprendrez comment le méde-

cin appelé auprès d'un malade peut se trouver embarrassé et hésiter entre la pneumonie et l'appendicite.

C'est que ces deux maladies au premier abord si disparates ont au début des symptômes communs que nous allons maintenant passer en revue. Nous entrons dans la partie vraiment clinique de notre sujet, nous verrons chemin faisant dans la discussion des symptômes et des faits s'il existe ces signes qui constituent pour la diagnose des éléments précieux et certains.

L'entrée en scène est à peu près la même dans la pneumonie et l'appendicite. Elle traduit l'infection de l'organisme et si l'on observe quelquefois des prodromes assez vagues, le plus souvent on se trouve en présence d'un début remarquable par sa brutale instantanéité, par une brusquerie quasi-dramatique.

Le frisson, les vomissements, la fièvre expriment la réaction de l'organisme et il est aisé de concevoir que leurs différences ne soient qu'une question de degrés.

Les frissonnements peuvent se rencontrer dans l'appendicite mais le *frisson* manque souvent tandis qu'il est coutumier dans la pneumonie. Dans cette affection tous les auteurs l'ont signalé. Il est tantôt initial, tantôt il survient consécutivement à quelque autre symptôme. Unique, prolongé, très violent chez les uns, s'accompagnant de tremblements du corps, de claquements des dents, il est chez d'autres peu intense, réduit à quelques horripilations ou quelques frissonnements (observations I et II) Chez l'enfant le frisson est difficile à constater, il passe souvent inaperçu, il est en tout cas moins

fréquent que chez l'adulte et le vieillard ; cela explique pourquoi il n'est noté que deux fois dans nos cas (IX XII).

Les vomissements occupent dans le syndrome appendiculaire une place importante et justement méritée car on les rencontre presque toujours et dans toutes les formes d'appendice. Quand par hasard, ils font défaut, ils sont remplacés par un état nauséeux. Ils suivent immédiatement la douleur ou la précèdent. D'abord alimentaires, ils prennent une teinte verdâtre due à la coloration biliaire. Ils cessent ordinairement assez vite dans les cas bénins, mais si l'on en croit Carron de la Carrière, parfois ils se répètent plusieurs jours et peuvent alors prendre une importance exagérée ; chez les enfants ils surviennent sans efforts (Matterstock).

Tout aussi fréquents ils sont dans la pneumonie infantile, nos observations en font foi et cela n'a rien de spécial, l'enfant vomissant facilement et à tout propos. Chez quatre de nos pneumoniques adultes, le vomissement existait, prêtant ainsi à la confusion car on n'est guère accoutumé à le rencontrer (1/5 d'après Grisolle), et la plupart du temps il n'est que momentané, ne se répétant guère au-delà du premier jour.

La fièvre dans l'appendicite varie avec la forme. Dans l'appendicite simple, elle peut manquer complètement (Brun) et quand elle se montre elle est peu accentuée, il est rare que le thermomètre dépasse 38°5. Dans l'appendicite avec péritonite enkystée elle est dès le début plus vive, la température peut atteindre 39° et même 40°. Dans l'appendicite avec péritonite septique diffuse, la tempé-

rature qui a pu le premier jour monter à 39°, descend rapidement et le deuxième jour elle est à 37°, ou même au-dessous.

Chez l'enfant, la température est considérée par la plupart des auteurs comme un signe infidèle et dans un grand nombre de cas on ne saurait établir un rapport entre l'état vrai de l'affection et son élévation ou son abaissement. Dans les cas relatés par Mlle Gordon, dans sa thèse la fièvre ne dépassait pas 39° et ne persistait guère que pendant la période croissante.

La fièvre a, au contraire, dans la pneumonie, une grande signification. Le température pendant le frisson est à 39° ou un peu au-dessus. Cette haute température chez un individu qui, quelques heures auparavant, était bien portant, donnerait au médecin une grande présomption diagnostique s'il la pouvait constater mais ordinairement il n'est appelé qu'après. La fièvre s'accroît encore pendant le second jour avec une légère rémission, le matin, quelquefois jusqu'au soir du troisième jour où elle atteint son maximum 40°, ou au-delà. Cette rapidité avec laquelle l'ascension thermométrique atteint son *fastigium* est typique ; c'est certainement à la première période un signe d'une valeur indiscutable. La température doit donc être prise en très sérieuse considération.

La fièvre persiste au degré qu'elle a acquis (39°5-40°5 en moyenne) avec rémission matinale de quelques dixièmes de degré. Elle est donc essentiellement continue, continue pour parler le langage des anciens : sa courbe constitue un plateau jusqu'au jour où se fait

la défervescence et alors en une nuit, en 24 heures, au plus en 48 heures elle tombe brusquement à la normale. C'est une marche bien spéciale. Nous croyons que la température est au début un indice précieux pour le praticien, qu'elle doit le mettre sur la piste du diagnostic et sur le chemin de la vérité.

.Que disent nos températures d'adultes ?

Obs. I. — La température n'a pas été prise les trois premiers jours. On ne l'a pas prise non plus à l'hôpital avant l'opération. Le lendemain 40°. Le 5^e jour : matin 39°8 soir 40°. Le 6^e : 40°1, 39°8. Le 7^e, 39°. 39°8. Le 8^e : 38°6, 38°8.

Le 9^e jour : 37°6 (Type classique).

Obs. II. — Fièvre vive le premier jour, élevée le second.

Le 3^e (entrée à l'hôpital) : 40°6. Le 4^e : 40°4.

Le 5^e : 40°, 40°2. Le 6^e : 39°, 40°3. Le 7^e : 39°, 40°3

Le 8^e : 39°, 38°6. Elle persiste jusqu'au 15^e. Le malade meurt.

Obs. III. — Le thermomètre n'a jamais dépassé 38°3 mais il convient de remarquer que la malade est une diabétique.

Obs. IV. — Le 1^{er} jour, avant l'opération, le thermomètre accusait 40°. De même dans l'observation VI.

Ces hautes températures initiales ne se rencontrent pas normalement dans l'appendicite.

Chez l'enfant, d'après Schlesinger, la montée de la température se ferait dans les pneumonies sans prodromes nets en 10 heures et dans les cas où il existe un stade prodromique en 3 à 4 heures. Bonnard-Favre dans sa

thèse montre que dans les trois observations où les malades furent vus le premier jour l'ascension thermométrique atteignit 40°4, 40°2, 40°6. Cinq autres prises le second jour confirment le fait. Les jours suivants la température oscille entre 40° et 40°5 avec, comme chez l'adulte, un écart de quelques dixièmes entre les températures du matin et du soir.

Dans l'observation VIII : Léger mouvement fébrile depuis une huitaine. Le jour de l'entrée, 1^{er} jour de la pneumonie : 39°5. Pas de renseignements sur la marche de la température jusqu'au 8^e jour où elle tombe de 40° à 37°6.

Obs X	1 ^{er} jour : 40°5	
XI	3 ^e jour : 39°9	4 ^e jour 41°1.
XII	2 ^e jour : 41°	2 ^e jour 40°
XIII	4 ^e jour : 39°4	8 ^e jour temp. tombe.
XIV	1 ^{er} jour matin 37°, soir 39°4. La température tombe le 9°.	
XV	4 ^e jour : 40°3	
XVI	1 ^{er} jour : 38°2 ; 2° 40°5, 41° 3° ; 40°5, 40°.	
XVII	1 ^{er} jour : 40°2. La fièvre se maintient très élevée le 2°, tombe le 3° et remonte le 4° (ce fait se produit quelquefois chez l'enfant, on peut croire à une défervescence précoce, ce sont des « rémissions pseudocritiques » ; Jaccoud a appelé ces pneumonies « pneumonies à reprises »).	
XVIII	3 ^e jour : 39°4	
XIX	5 ^e jour : 40°, 40°5	Déferescence le 8 ^e jour.
XX	2 ^e jour : 39°3, 39°, 39°8,	temp. tombe le 7 ^e jour
XXI	1 ^{er} jour : 39°5	2° 40°, 40°7

Ces renseignements thermiques bien qu'incomplets confirment le plus souvent ce que nous avons énoncé c'est-à-dire brusque ou très rapide ascension de la température et élévation à une hauteur qu'on n'observe pas dans l'appendicite de l'enfant d'après M^{lle} Gordon.

La température chez l'enfant et chez l'adulte doit toujours être prise avec grand soin. Elle pourra souvent trancher le différend, en tout cas donner de grandes probabilités en faveur de l'une ou l'autre des deux maladies en discussion, pneumonie ou appendicite. Il faudra toujours, à l'exemple de Roger, songer à une pneumonie en face « d'une maladie qui, au premier ou au deuxième jour, donne lieu à un maximum de 41° ».

Le pouls ne saurait nous être d'un grand secours, car si dans la pneumonie il est ample, fort, dur, bien frappé (souvent dicrote à la période d'état), il offre ces mêmes caractères dans l'appendicite ordinaire. Chez l'adulte, il présente à peu près la même fréquence (100-120) dans les deux affections. Chez l'enfant, il semble y avoir une nuance dans cette accélération. Si elle ne dépasse guère 100 pulsations dans l'appendicite légère, elle est toujours très grande dans la pneumonie (120-160), parfois excessive. Cela d'ailleurs est confirmé par nos observations, où des chiffres sont donnés; nous avons : 140, 130 (XII), 104 (XIII), 130, 140 (XIII), 120 (XV), 120 (XVI), 130 (XXI) 152 (XXV).

Nos observations prouvent aussi que le pouls n'est pas « petit et serré » comme Rilliet et Barthéz le trouvent dans l'appendicite.

— La chaleur, les sueurs, la soif, l'inappétence, symp-

tômes qui font cortège à la fièvre, présentent trop de variabilité et assez peu d'intérêt pour que nous nous arrêtions à les considérer.

La douleur, voilà le gros symptôme. Dans l'appendicite, c'est le « signal d'alarme », le signe révélateur, le signe trompeur aussi qui fait commettre des erreurs dans le genre de celle que nous signalons et des erreurs assez nombreuses, il faut bien le dire, sans doute parce qu'on se laisse hypnotiser par lui et qu'on ne regarde pas assez à côté et, ce disant, nous ne voulons nullement contester son importance ni diminuer son prestige.

La douleur est et doit rester un signe capital.

Elle n'a pas toujours la brusquerie, la soudaineté qu'on se plaît à lui accorder, elle n'éclate pas toujours « comme un coup de pistolet » et dans l'entrée en scène elle présente bien des degrés. « Elle n'atteint jamais d'emblée, dit Dieulafoy, toute son intensité, comme la douleur soudaine, en coup de poignard, consécutive à la perforation de l'ulcus de l'estomac ou du duodénum. Les douleurs appendiculaires sont graduellement croissantes, ce n'est qu'après une ou plusieurs heures qu'elles acquièrent toute leur intensité et encore même cette intensité n'est-elle pas toujours excessive. »

Son siège, dans les premières heures, manque de précision. Dans un grand nombre de cas, il est à l'épigastre, à l'hypogastre, autour de l'ombilic, même dans la région iliaque gauche ou d'une façon indéterminée au niveau de l'intestin. Mais, quand elle n'existe pas d'emblée dans la fosse iliaque droite, la douleur ne tarde

pas à s'y localiser et il est bien rare que le malade interrogé n'indique pas du doigt cette région. De là elle diffuse, elle irradie en divers sens, vers le toie, l'ombilic, la région inguinale, les lombes.

Elle est vive, lancinante, déchirante avec des paroxysmes qui arrachent des cris au malade (Courtois-Suffit). Le malade est immobilisé dans le décubitus, ramenant quelquefois la cuisse en flexion forcée sur le bassin pour calmer ou assoupir sa souffrance.

Par une exploration méthodique et attentive, la main arrive aisément à assigner à cette douleur un lieu d'élection où elle subsiste au maximum, plus vive, plus exquise, c'est le point de Mac-Burney, point situé au milieu de la ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Cette localisation précise est la règle, mais comme toute règle a ses exceptions et dans bon nombre d'observations on lit que la douleur siégeait dans « le flanc droit », dans « la fosse iliaque droite », voire même autre part, du côté opposé. Doit-on attribuer ce manque de précision dans les termes, à l'omission de certaines précautions parfois indispensables dans la recherche du point de Mac-Burney ou à l'absence de ce signe ? Ce qui est vrai, c'est que ce signe a perdu de son importance, ce qui est vrai encore c'est que ces anomalies de siège peuvent tenir à des variations dans la position ou la direction de l'appendice lui-même.

Nous ajouterons, pour être complet, que cette douleur peut disparaître dans certains cas après 12, 24, 36 heures, avec les vomissements et la fièvre, dans d'autres

cas persister plusieurs jours mais d'une façon générale, elle ne tarde pas à s'atténuer et elle ne laisse après elle qu'une légère sensibilité qui demande souvent à être déterminée par une pression un peu forte et profonde.

— La pneumonie a elle aussi sa douleur qu'on appelle point de côté. Le point de côté apparaît au début ou à une époque voisine du début, dans les douze premières heures. Il est presque constant chez l'adulte et ne manque guère que chez les individus âgés et cachectiques **et dans les pneumonies du sommet.**

Son intensité varie suivant les sujets et le moment de la maladie. Ainsi, à son apparition, c'est une douleur vive, lancinante, pongitive, qui est exaspérée par la pression, les mouvements, l'inspiration et surtout par les expirations fortes, telles que celles de la toux et de l'éternûment.

Ordinairement elle occupe le côté malade au niveau ou en dehors du mamelon, mais elle peut siéger dans toute l'étendue du poumon (c'est exceptionnel), être croisée, occuper successivement divers endroits ou résider dans des régions relativement éloignées. Grisolle le savait très bien et il écrivait dans son opuscule sur les suppurations iliaques, alors que le mot d'appendicite n'avait point été lancé, ces lignes qui prouvent que notre sujet n'est pas nouveau : « Combien de fois, lorsque la douleur occupait la fosse iliaque ou l'une des régions lombaires et qu'elle augmentait par la pression, elle a fait supposer une phlegmasie du tissu cellulaire ou d'un organe profondément placé. »

Après avoir persisté deux ou trois jours l'intensité du

point de côté disparaît spontanément ou diminue progressivement.

Chez les très jeunes enfants il est très difficile de s'assurer s'il existe des douleurs vu qu'ils sont hors d'état d'exprimer leurs souffrances, cependant on pourrait, on peut même y parvenir en exerçant avec la main des pressions au niveau du thorax ou du ventre. Le médecin doit chercher à réveiller ce signe qui, dans l'espèce, a une grosse importance.

Chez les enfants plus âgés, de 4 à 15 ans, la douleur de côté paraît moins fréquente que chez l'adulte et aussi moins vive. Elle paraît tantôt thoracique, tantôt et assez souvent *abdominale* ; c'est ce qu'on ne sait pas assez ; beaucoup de médecins qui n'ont pas fréquenté les services d'enfants, l'ignorent ; nous avons pu nous en convaincre et ils ont cette excuse que cela n'est pas ou est à peine signalé dans des traités classiques. Il y a là, croyons-nous, une lacune à combler car c'est un fait qui a été reconnu par la plupart des pédiâtres.

Interrogez votre petit malade, demandez-lui ce qui lui fait mal. Il vous répondra : « J'ai bobo au ventre ! » et il vous montrera l'ombilic, les hypochondres, les flancs, l'épigastre et surtout la fosse iliaque droite. Essayez d'explorer, de palper, et vous le verrez aussitôt faire la grimace, jeter un cri et, si vous insistez, il se mettra à pleurer et essayera de se dérober, tellement parfois la douleur est vive.

Et alors, quand elle est iliaque, quelle différence y a-t-il entre la douleur pneumonique et la douleur appendiculaire ?

Au fait, consultons nos observations et voyons :

Obs. I. — L'individu est pris subitement pendant le déjeuner d'une douleur dans la fosse iliaque droite, douleur qui empêche tout mouvement. A son entrée à l'hôpital, on trouve le point de Mac-Burney précis à souhait.

Obs. II. — Le malade ressent une douleur brusque dans la moitié droite de l'abdomen, il la compare d'abord à de l'engourdissement ; elle devient bientôt violente, le maximum est dans la fosse iliaque droite. Le malade ne peut se tenir debout et il vient à l'hôpital courbé en deux. L'examen confirme la douleur et éveille la contracture défensive des muscles.

Obs. III. — La malade, au moment de monter en voiture pour se rendre à l'Exposition, est prise d'une douleur violente autant que soudaine dans le ventre. A ce moment, la douleur est surtout périombilicale, 50 heures après à l'examen, le médecin trouve de la sensibilité au niveau de l'épigastre, du flanc droit. Le point de Mac-Burney est très net. Les mouvements exaspèrent la douleur qui disparaît le sixième jour.

Obs. IV. — La jeune fille se rendant à son travail est prise brusquement dans la rue, d'une violente douleur épigastrique, l'abdomen est contracté, sensible. La laparotomie est pratiquée quelques heures après.

Obs. V. — Il s'agit d'un garçon qui, à son entrée à l'hôpital, se plaint d'une douleur très violente, siégeant à la partie inférieure droite de l'abdomen, dans la fosse iliaque. Le lendemain, douleur encore très vive s'irradiant dans tout le côté droit.

Obs. VI. — La femme est prise d'une douleur intense abdominale avec point localisé dans la fosse iliaque droite, et contracture des muscles abdominaux.

Obs. VIII. — Cette fille de 13 ans 1/2, entre à l'hôpital se plaignant d'une douleur dans le ventre à droite, on la provoque en comprimant le flanc droit, la fosse iliaque et plus particulièrement le point de Mac-Burney.

Obs. IX. — L'enfant reçoit un coup de pied dans l'abdomen, il se plaint du ventre, un médecin qui le voit le lendemain constate qu'en effet, l'abdomen est sensible. Le lendemain, la douleur est plus marquée dans la fosse iliaque droite.

Obs. X. — Chez cet enfant tout l'abdomen était douloureux, surtout la moitié droite. Quelques jours après, les symptômes abdominaux disparaissent et l'enfant accusait alors un point de côté thoracique.

Obs. XI. — L'enfant est pris de douleurs subites de ventre dans la nuit, sans localisation bien nette.

Obs. XII. — L'enfant étendu sur le dos, se plaint de douleurs abdominales très vives, surtout épigastriques. Le médecin croit à une péritonite appendiculaire.

Obs. XIII. — Douleur subite dans la fosse iliaque droite.

Obs. XIV. — Douleur soudaine et vive dans l'abdomen. Maximum à l'épigastre. Contracture défensive.

Obs. XV. — L'enfant se plaint tout à coup d'une douleur dans le côté droit du ventre. Le docteur Morrisson la localise entre l'ombilic et l'épine iliaque. Les jambes sont fléchies.

Obs. XVI. — L'enfant se plaint d'abord de douleurs

abdominales sans siège précis. Le troisième jour : douleur dans l'épaule gauche en même temps que violente douleur gastrique. Puis la douleur devient appendiculaire et s'accompagne de contracture. Jambes fléchies.

Obs. XVII. — L'enfant est prise en dinant d'une douleur abdominale qui la force à quitter la table et à se coucher. Elle se plaint de la fosse iliaque droite. Accalmie le deuxième jour puis reprise le troisième.

Obs. XVIII. — L'enfant se plaint de l'abdomen quand elle tousse. « Au moindre contact au point de Mac-Burney, dit le docteur Dow, l'enfant se plaint très fort que je lui fais mal. » La douleur est exaspérée par les mouvements. Elle disparaît en deux jours.

Obs. XIX. — Douleur abdominale dans la région appendiculaire, qui cesse bientôt et reprend très violente le quatrième jour.

Obs. XX. — Douleur spontanée dans le côté droit du ventre, et provoquée par la pression. Disparaît le septième jour.

Obs. XXI. — On ne peut toucher le ventre sans déterminer des grognements de l'enfant. L'épigastre surtout est sensible.

Obs. XXII. — Douleur dans la fosse iliaque droite.

Obs. XXIII. — Douleur dans la fosse iliaque droite. Point de Mac-Burney.

Obs. XXIV, XXV. — Douleur dans la fosse iliaque droite. Point de Mac-Burney.

Ainsi donc, autant qu'on en peut juger par la lecture des observations malheureusement parfois un peu brèves, ou peu explicites, nous voyons que le point de

côté abdominal, disons plus, iliaque, de la pneumonie présente à peu près les mêmes caractères que la douleur de l'appendicite. Dans les deux cas, même brusquerie, même acuité, même localisation. Et l'on comprend qu'elle soit le nœud de l'intrigue dans les cas qui nous occupent, et c'est cette intrigue que le médecin est appelé à percer. Il le pourra en examinant de près son malade, en soumettant aux rigueurs de la critique les symptômes concomitants. Mais il doit, en présence d'une douleur iliaque, avoir toujours présente à l'esprit la possibilité d'une affection des voies respiratoires et particulièrement de la pneumonie.

Quant à la *constipation*, qui manque rarement dans l'appendicite, elle est un symptôme également habituel de la pneumonie. Nous la trouvons chez la plupart de nos malades.

La diarrhée elle-même peut exister au début des deux affections. Les troubles digestifs n'offrent donc rien de remarquable ni d'instructif.

Nous venons d'examiner la fièvre, les vomissements, la douleur iliaque, la constipation, tous symptômes que nous avons reconnus communs à la pneumonie et à l'appendicite. Le syndrome appendiculaire est réalisé. Nous avons déjà discerné ce qui pouvait servir au diagnostic. Cherchons encore, procédons à l'examen du malade.

Découvrons l'abdomen et voyons ce qu'indiquent les *signes physiques abdominaux*, c'est-à-dire l'inspection, la palpation, la percussion et le toucher rectal.

A l'*inspection*, dans l'appendicite, nous trouvons le

ventre normal plus ou moins gros, plus ou moins météorisé, quelquefois déprimé, rétracté en bateau (Maurin) comme dans la colique saturnine ou la méningite tuberculeuse. Mais ces caractères, nous les lisons dans nos observations. L'abdomen est rétracté (obs. I), ballonné (III, IX, X, XIII, XV, XVI, XX), légèrement distendu (IX, XVIII, XX).

La main, qui attentivement et méthodiquement *palpe* et explore le ventre, ravive, exalte la douleur de l'appendicite, elle permet de fixer son maximum en son point préféré de Mac-Burney. Elle apprécie la défense musculaire, c'est-à-dire la contracture, l'induration du muscle sous-jacent et par le chatouillement, le frôlement elle détermine cette sensibilité à fleur de peau, cette hyperesthésie si chère au professeur Dieulafoy. Douleur, contracture, hyperesthésie constituent la triade qui devrait donner la clé du diagnostic. L'avons-nous chez nos malades ?

Nous avons étudié assez longuement la douleur pour n'y point revenir. Nous trouvons la contracture existant avec elle dans les observations I, II, III, VI, XIV, XVI, XXIII. Quant à l'hyperesthésie, elle est notée deux fois (I, XVIII). Mais a-t-elle été recherchée ? Nous lisons, en effet, dans l'article de Richardson : « A cette époque, je connaissais moins bien la signification de la contracture et de l'hyperesthésie ». Bien mieux, nous pensons qu'elle devait exister dans presque tous les cas, nous expliquerons pourquoi en traitant de la pathogénie.

Nous n'avons donc qu'une seule observation où la

triade existe complète, nous croyons qu'on aurait dû la trouver plus souvent.

Qu'il suffise de retenir que dans la pneumonie à point de côté iliaque on peut provoquer à la fois la douleur la contracture et la sensibilité exquise au point de Mac-Burney tout comme dans l'appendicite. L'absence de contracture sera naturellement en faveur de la pneumonie.

Mais la main dans l'appendicite fait plus et le clinicien peut, 36 ou 48 heures après le début, par une palpation douce, lente, soutenue, de la région iliaque, acquérir la notion de l'existence d'une tumeur, d'un plas-tron induré, sorte de « blindage », de gâteau qui, d'après Roux, rappellerait les caractères « du carton mou trempé dans l'eau chaude ». Cette tuméfaction, qui est due à la fois à l'inflammation adhésive qui réunit le cœcum et l'appendice au péritoine pariétal, à la contracture et des muscles et du cœcum et du colon ascendant, peut être méconnue à cause du ballonnement, de la tension abdominale, elle n'en existe pas moins dans la grande majorité des cas. Nous ne la trouvons pas dans nos observations et pour cause, voilà par conséquent un signe différentiel, mais ce signe n'apporte au diagnostic qu'un appoint relatif parce que dans l'appendicite légère, dans la folliculite simple, il fait généralement défaut.

La *percussion* iliaque suivant les cas, le moment et la façon dont elle est pratiquée, donne des résultats absolument différents. Très douce, elle donne de la matité par suite de l'inflammation péritonéale ; de la

péritonite enkystée; forte, de la sonorité à cause des anses intestinales distendues sous-jacentes ou à cause de la présence dans la tumeur d'une certaine quantité de gaz venant de l'intestin ou résultant de la décomposition du liquide lui-même. « La région semble sonore quand il y a un verre de pus. » (Guinard.)

Or nous avons une diminution de la sonorité dans l'observation I, de la matité dans les observations IX, XVI, mais cela ne peut rien prouver.

Le *toucher rectal* serait un signe différentiel important s'il fournissait des renseignements dans les premiers jours. Pourtant, d'après Trèves, on pourrait arriver à sentir l'appendice dilaté. Ce n'est que quand le pus s'amasse, surtout s'il tend à fuser vers le petit bassin, qu'il permet de sentir une tuméfaction plus ou moins fluctuante. Il faudra quand même le pratiquer.

Donc, dans les pseudo-appendicites pneumoniques, il y a absence des signes de localisation appendiculaire.

Signes pulmonaires.—Mais, dira-t-on, comment a-t-on pu confondre un appendicite avec une pneumonie même à point de côté abdominal? Dans toute pneumonie, il y a des signes pulmonaires? Assurément et c'est pour s'être laissés suggestionner par le tumulte des symptômes abdominaux, pour n'avoir pas assez tenu compte des signes pulmonaires, pour n'avoir souvent pas fait un examen de la poitrine que certains médecins se sont trompés. La toux, la dyspnée, l'expectoration auraient dû éveiller l'attention, paraître pour le moins suspectes.

La *toux*, est en effet, un symptôme constant et initial de la pneumonie. Elle se montre dans les douze premières heures. Valleix ne l'a jamais vue manquer dans la première enfance et, chez les enfants plus âgés, elle fait rarement défaut, elle précède même parfois de plusieurs jours les phénomènes morbides, seulement sa fréquence augmente à mesure que la phlegmasie gagne en surface si bien qu'au début elle est rare et quelquefois si légère qu'on a peine à croire à son existence. « Tantôt par sa tonalité et son timbre on dirait une expiration un peu plus forte seulement qu'à l'état normal, tantôt c'est une sorte de souffle saccadé et plaintif » (Lacclautre). Le médecin n'y prête pas attention et les parents interrogés, si la toux n'est pas très apparente, donnent une réponse négative. Mais elle ne tarde pas à devenir fréquente, forte et pénible.

De fait, la toux est signalée chez la moitié de nos malades et il est légitime de croire que chez les autres elle a passé inaperçue. Or elle n'existe pas dans l'appendicite, voilà donc un fait dont le praticien pourra faire son profit.

L'*expectoration* si typique, les crachats sanguinolents contenant de petites bulles d'air, tenaces et visqueux, adhérents aux parois du vase, d'abord couleur « brique pilée » puis rouillés, rappelant la marmelade d'abricots ou le sucre d'orge, ces crachats qui chez le pneumonique adulte font le diagnostic et qui de plus s'observent dans les deux premiers jours, auraient dû en imposer ?

Certainement, mais dans le cas I on ne les a pas at-

tendus, on a opéré de suite. Le II n'a commencé à en rendre que le quatrième jour, la IV a été opérée le premier jour ; ils ne sont pas notés chez le V.

Chez l'enfant, qui attendrait ce signe, l'attendrait longtemps, l'enfant poursuit très bien sa pneumonie sans cracher, il ne sait pas et si par extraordinaire, quelques-uns crachent ils ne rejettent guère que des mucosités plus ou moins teintées de sang mais ne présentant point la coloration ambrée.

Accélération de la respiration. — Dyspnée. — Chez presque tous les malade atteints de pneumonie, les mouvements respiratoires augmentent de fréquence dès le début. Les pneumonies même limitées rendent le besoin de respirer plus fréquent. Le pneumonique adulte fait de 30 à 50 respirations à la minute au lieu de 18, chiffre normal. Certains en sont extrêmement gênés, ils ont une dyspnée intense, une véritable « soif d'air » comme le fait remarquer très justement Landouzy, tandis que d'autres paraissent n'avoir aucune conscience de la gêne avec laquelle s'opère leur respiration.

L'accélération du rythme respiratoire existait chez les malades I et III, l'oppression chez le V ; voilà pour nos adultes.

Il peut y avoir, il est vrai, quelquefois dans l'appendicite une légère dyspnée (Mlle Gordon) et la respiration courte (Courtois-Suffit) ; du reste un certain degré de tympanisme peut, en refoulant le diaphragme et par là même le poumon, restreindre le champ de l'hématose et produire de la dyspnée mécanique.

Il est néanmoins nécessaire d'accorder à l'accélération respiratoire et à la dyspnée la valeur de ces signes indicateurs capables de ramener au thorax l'esprit du clinicien attiré et retenu à l'abdomen par la prédominance de symptômes abdominaux.

Chez l'enfant surtout, la dyspnée existe le plus ordinairement et elle est très vive (30-60 respirations à la minute, en moyenne). Elle peut s'accompagner d'anxiété et de battements des ailes du nez. La respiration est bruyante, crachée, expiratrice (Comby). Cette fréquence des mouvements du thorax est notée dans les observations IX, X, XI (70 respirat.), XIII (40), XIV (44), XV (40), XVI (42), XVIII, XIX, XXI (52), XXV (56).

De plus il existe un rapport à l'état normal entre la respiration et le pouls ; 1 à 3, 1 à 4 (chez l'enfant). Le rapprochement des deux termes de ce rapport à en juger par les statistiques de Perret, n'est pas constant dans la pneumonie, mais quand il existe marqué, oscillant au voisinage de $1/2$, il y a grandes chances pour qu'on ait affaire à une pneumonie. Cette considération est donc à retenir ; en clinique, il ne faut rien oublier.

Signes physiques dans la pneumonie. — Dans la pneumonie de l'adulte, dès les premiers jours, la percussion du thorax au niveau du lobe atteint donne de la matité, et surtout cette résistance au doigt qui résulte du manque d'élasticité de la paroi. Chez les enfants, au thorax sonore, si l'on n'obtient pas une matité absolue, on trouve au moins une matité relative surtout en percutant comparativement les deux côtés.

Il est un signe qui pourrait, d'après Woillez, précéder les autres signes physiques, sur lequel Jaccoud a particulièrement insisté : le *shodisme*. Ce tympanisme perçu ordinairement en avant dans la région sous-claviculaire serait presque révélateur : en tout cas son existence précoce invite le médecin à penser à la pneumonie. C'est lui qui sert le diagnostic dans le cas de Guinon. Il existait chez notre petite malade et nous croyons que, joint à la haute température et à la dyspnée très vive, en l'absence de signes physiques bien nets, il permet d'affirmer une pneumonie centrale ou rudimentaire.

Les vibrations thoraciques, la résonance à la voix augmentées chez l'adulte jouent dans l'enfance un rôle assez effacé car outre la difficulté qu'on a de faire parler les petits malades, la voix a chez eux une tonalité élevée peu favorable à la production du phénomène. Il ne faut donc guère compter dessus.

Quand par hasard, le médecin assiste au début d'une pneumonie, il peut surprendre la faiblesse du bruit respiratoire qui en est le premier signe stéthoscopique. Il arrive généralement trop tard mais assez tôt pour entendre les râles crépitants et le souffle.

Chez l'enfant, il n'est pas rare d'entendre des râles ronflants et sibilants siégeant indifféremment dans toutes les parties de la poitrine, ils se montrent à diverses époques de la maladie et dans le tiers des cas, chez les jeunes surtout, avant que le début ne soit bien tranché (Rilliet et Barthez). Dans bon nombre de cas ils sont entremêlés de râles muqueux. Il en est ainsi dans les observations VIII, XIII, XVI, XVIII, XXV.

Il est un fait digne de remarque chez nos malades : les signes stéthoscopiques semblent assez souvent avoir apparu tardivement alors que s'effaçait le syndrome abdominal. Ce fait ne tient-il pas à ce qu'on n'a pas fait au début l'examen du thorax ? il est naturel de le penser ; les signes auraient été alors simplement méconnus, mais au fait cela se rencontre, « la pneumonie a tardé à parler, elle a fini par se faire entendre » (Cadet de Gassicourt). Et puis il serait bien téméraire de croire qu'on peut toujours avec l'oreille arriver à découvrir une pneumonie commençante, il faut compter avec l'indocilité de beaucoup d'enfants qui remuent sans cesse, ne veulent pas tousser, se mettent à pleurer ou respirent mal, parce qu'ils ne savent pas, parce qu'ils souffrent, si bien que les signes trouvés sont nuls, incomplets ou trompeurs. Ajoutons que ces signes peuvent être discrets, mobiles, fugaces, perçus seulement en certains endroits, comme l'aisselle.

Une autre constatation est à faire : dans tous nos cas sauf un, la pneumonie a siégé à droite ; il y a donc eu unilatéralité de la douleur et de la lésion organique, du phénomène subjectif, et du phénomène objectif.

Il convient donc chez l'adulte et chez l'enfant, en présence du syndrome appendiculaire, en l'absence de signes de localisation iliaque, de faire un examen systématique du poumon, de compter le nombre des respirations, d'interroger l'individu au point de vue de la toux, de l'expectoration, au besoin de regarder le mouchoir qui peut cacher le corps du délit. Les signes pulmonaires ne demandent qu'à être cherchés.

Le facies varie suivant les individus, suivant la maladie et le degré auquel cette maladie est parvenue. On dit généralement que dans la pneumonie la figure est animée, rouge, vultueuse, que les joues sont « couleur de feu ». Cette coloration avait frappé les premiers médecins, Hippocrate, Alexandre de Tralles, Arétée. Pourtant d'après Grisolles, la face est aussi souvent normale que rouge, que pâle. On a dit, et cela est vrai, que la rougeur était plus vive sur les pommettes, plus marquée sur la pommette correspondante. Cela existe chez le malade I, mais au 5^e jour, chez le XII au 3^e; s'appuyant sur ce signe. M. Hutinel porte un diagnostic exact. C'est donc un signe qui fait soupçonner la pneumonie, et qui est d'autant plus utile qu'il est plus précoce.

Pourtant il ne faudrait pas s'illusionner, la rougeur d'une seule pommette peut être mécanique, tenir à ce que le malade est couché de ce côté, il ne serait donc pas extraordinaire de la rencontrer dans l'appendicite.

L'herpes labial quand il existe est encore un de ces points de repère précieux qui mettent dans la bonne voie. Il a existé chez le XIV.

Tout autre, dit-on, est le facies dans l'appendicite. Les yeux sont excavés, cernés, le nez pincé, effilé, les traits altérés; c'est le facies abdominal, hippocratique, le masque de la péritonite. Le visage même peut prendre une teinte plombée, la conjonctive une teinte ocreuse de mauvaise augure.

De fait, dans nos observations, le facies est tantôt coloré, II, X, XII, XV, XV I, tantôt grippé, I, III, VIII, XX, nous ne saurions donc lui attacher grand crédit.

La dépression, l'abattement, s'observent à la fois dans la pneumonie et dans l'appendicite.

L'examen du sang, l'examen de l'urine, peut-il donner des renseignements appréciables ?

Les urines dans les deux affections sont rares, foncées, hautes en couleur. Mais chez le pneumonique, elles laissent déposer un sédiment considérable, et l'analyse chimique décèle une *diminution des chlorures*. Au lieu de 12 à 15 grammes, on ne trouve dans l'urine des 24 heures que 0 gr. 50 — 1 gr. 50. C'est là une réaction très caractéristique, très spéciale, et qui (d'après Frederici qui a fait à ce sujet de nombreuses expériences) doit lever tous les doutes et imposer le diagnostic. De plus l'urobiline est très fréquente car le foie est souvent malade. Gilbert et Grenet l'ont trouvée dans 83 0/0 des cas, et elle existe dès le deuxième jour de la maladie.

On peut aussi rechercher le pneumocoque dans le sang ou faire la séro-réaction, mais ce sont des moyens infidèles au début, et qui exigent à la fois des connaissances spéciales et un laboratoire, mais quand c'est possible et qu'on hésite, pourquoi n'y avoir pas recours ?

La question de la leucocytose dans les maladies infectieuses est à l'ordre du jour. Il est reconnu que c'est dans la pneumonie qu'on trouve la plus grande leucocytose, mais l'hyperleucocytose et la polynucléose existent aussi dans l'appendicite. Il faudrait donc pour distinguer sûrement ces deux maladies que ces mêmes maladies aient chacune, toujours et pour tous les individus, une formule hémoleucocytaire. Il ne semble pas

logiquement que nous puissions bientôt posséder cette formule.

Reste la radiographie préconisée par Variot pour déceler la pneumonie, nous n'en parlons que pour la repousser, on ne pourrait guère sans cruauté livrer à un semblable examen un malade en proie à la souffrance.

Ce procédé comme les précédents est possible à l'hôpital, la plupart des praticiens ne sauraient s'en servir.

Nous en avons fini avec la clinique. De l'étude minutieuse et raisonnée des symptômes nous avons pu tirer des conclusions qui seront réunies et consignées plus loin. Nous croyons que dans ces cas de pneumonies prenant au début le masque de l'appendicite, on peut et on doit le plus souvent arriver au diagnostic vrai, mais que, comme l'a dit Moizard : « En matière d'appendicite, comme pour toutes les maladies, le diagnostic implique la nécessité d'un examen approfondi. »

CHAPITRE IV

Pathogénie.

Le frisson, la fièvre, les divers troubles de l'état général, tant dans la pneumonie que dans l'appendicite, marquent l'invasion microbienne de l'organisme et ne sont précisément que l'expression de sa réaction.

Pour expliquer le vomissement dans la pneumonie, Magnus Hüß avait cru devoir invoquer une irritation du pneumogastrique par le fait de l'inflammation pulmonaire. Il paraît aussi logique de le considérer à l'instar de la céphalée comme l'indice d'une perturbation du système nerveux due à l'action des toxines sur les centres.

Mais, à quoi est due la douleur ?

Piorry, Bouillaud, Beau ont admis que le point de côté résultait d'une névrite intercostale siégeant dans le tiers postérieur du nerf, là où celui-ci est placé immédiatement sous la plèvre. La plèvre étant enflammée dans la pneumonie, le nerf s'enflamme à son contact et « comme l'irritation du tronc se rapporte aux branches

terminales, le point de côté siège dans la partie antéro-latérale du thorax et vers le sein. » (Beau). Et il ajoute : « S'il est particulièrement douloureux dans le sixième et septième espace, cela tient à ce que la septième côte étant la plus mobile de toutes, doit souffrir la plus dans les grands mouvements. »

Pour Grisolles et Andral, le point de côté doit être rapporté à une pleurésie concomitante et pourtant, dit le premier : « Ayant ouvert le cadavre d'un individu atteint de pneumonie, je ne pus retrouver en aucun point le moindre vestige de pleurésie récente et cependant le malade avait accusé pendant la vie l'existence d'un point de côté. »

Pour Germain Sée, la douleur serait due à l'inflammation des tissus sous-pleuraux.

Ainsi dans toutes ces théories, la plèvre pariétale tient le rôle prépondérant, c'est elle la cause du mal. Quand cette plèvre n'est pas touchée et que le point de côté existe (comme dans le cas de Grisolles), dans les pneumonies centrales, comment expliquer le point de côté ? Et comment expliquer les cas où il est double, bilatéral, croisé, abdominal ?

Il faut admettre une autre interprétation : le point de côté n'est autre qu'une douleur névralgique. Il en a tous les caractères : continuité, paroxysmes, exaspération par les mouvements, la pression, il s'accompagne d'hyperesthésie cutanée. Il est dû à la névralgie des nerfs intercostaux.

Cette névralgie pourra, dans les cas où la plèvre pariétale est enflammée, relever de cette inflammation, les

rapports de la plèvre avec les nerfs intercostaux à leur origine, son innervation par des filets émanés de ces nerfs rendent possible cette pathogénie. Dans les autres, elle sera le fait de la phlogose du poumon lui-même, comme nous l'allons voir.

Bassereau, dans sa thèse écrivait : « La névralgie intercostale est le plus souvent symptomatique de l'affection de quelque viscère dont la souffrance est transmise aux nerfs intercostaux par les anastomoses que le grand splanchnique a avec eux. » Il ne citait du reste que l'utérus et ses annexes comme point de départ évident de la névralgie intercostale.

Mais pourquoi cette hypothèse ne s'appliquerait-elle pas à la pneumonie ? et pourquoi le poumon hépatisé ne produirait-il pas la névralgie réflexe des intercostaux ? C'est l'avis de Mirande qui a donné de la question une étude raisonnée. C'est l'avis de M. Comby et du professeur Massalongo et nous le partageons.

La sensibilité pulmonaire est sous la dépendance du sympathique. Or, dit Head : « Les fibres sensibles des organes internes pénètrent dans la moelle par l'intermédiaire des rameaux communicants et des racines postérieures ; ces fibres portent les irradiations douloureuses dans le segment correspondant de la moelle d'où elles s'irradient dans les nerfs périphériques tributaires de ce segment. » Et suivant le même auteur le poumon réagit dans les 7 premiers champs segmentaires qui répondent à peu près aux espaces intercostaux correspondants et particulièrement au niveau du 4^e.

A l'état normal, la sensibilité du poumon est obtuse,

mais vienne le poumon à s'enflammer, sa souffrance sera transmise par le sympathique à la moelle qui la réfléchira suivant les nerfs intercostaux thoraciques et ainsi se trouve expliqué le point thoracique.

Mais il existe dans la moelle pour relier les différents étages ce qu'on appelle des neurones d'association et cela nous permet de comprendre comment l'irradiation douloureuse au lieu de suivre par exemple le 5^e intercostal empruntera le trajet des 9^e, 10^e, 11^e et 12^e intercostaux, tous nerfs qui sont abdominaux et ainsi se trouve expliqué le point de côté abdominal. Et la douleur qui dans nos observations est notée comme ayant existé au point de Mac-Burney n'est pas autre chose que l'algie pulmonaire transmise et ressentie au niveau de la branche perforante antérieure du 12^e nerf intercostal (véritable point de Valleix). Cette branche traverse d'arrière en avant le bord externe du grand droit et se distribue à la peau. L'on ne devra donc point être étonné que le chatouillement de la peau produise de l'hyperesthésie et que la main appuyant sur ces terminaisons nerveuses douloureuses provoque une contraction musculaire réflexe. Et nous aurons la triade du professeur Dieulafoy.

Nous ne savons pas si anatomiquement la branche perforante antérieure du 12^e qui comme le point de Mac-Burney siège sur le bord externe du droit de l'abdomen est située à égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Si cela était, nous aurions beau jeu à nous demander si le point de Mac-Burney n'est pas seulement à l'encontre de ce qu'on

enseigne un simple point névralgique du 12° intercostal. Au fait, pourquoi l'appendice malade, enflammé, ne réagirait-il pas par une névralgie du 12° suivant le mécanisme que nous avons précédemment adopté ? Head n'a-t-il pas démontré que dans les cas de lésions de l'intestin grêle et du gros intestin la douleur s'irradie dans les champs segmentaires compris entre le 9° et le 12° qui répondent au trajet du nerf intercostal ? Massalongo le croit, Mirande n'hésite pas à l'admettre et alors « il est naturel, dit ce dernier, qu'une pneumonie irradiant son point de côté le long du 12° intercostal, puisse simuler le syndrome appendiculaire, elle n'imité pas le point de Mac-Burney, elle le produit. » Et tous deux arrivent à cette conclusion nécessaire que le point de Mac-Burney n'est pas pathognomonique de l'appendicite aiguë.

Tout cela n'est évidemment qu'hypothèses mais hypothèses vraisemblables.

Le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable. Le vraisemblable pourrait dans notre cas être vrai : *sub judice lis est.*

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Mirande en collaboration avec Mousseaux, interne.)

Pneumonie lobaire droite à début simulant l'appendicite.

Opération. Guérison.

Edouard L..., 18 ans, garçon de café, entre le 17 février 1900 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Dupuytren.

Pas d'antécédents héréditaires.

Fièvre muqueuse à 14 ans ; en juillet 1893 : bronchite aiguë ; en janvier 1900 *grippe* légère avec bronchite et fièvre, durée 15 jours, guérison complète.

Le 14 février, à midi, en déjeunant de bon appétit, le malade est pris brusquement d'une douleur assez violente dans la fosse iliaque droite, il éprouve plusieurs petits frissons et vomit presque immédiatement, il s'alite aussitôt. Il souffre d'une fièvre vive, de mal de tête. La soif est vive, cependant il n'absorbe dans l'après-midi qu'un peu de lait qui est vomi dans la soirée. La douleur abdominale persiste très vive, empêchant les mouvements du malade dans son lit. La nuit est mauvaise, agitée. Le sommeil est impossible.

Le 15, l'état est à peu près le même ; le malade a vomi le lait qu'il a absorbé, la fièvre a persisté de même que la douleur abdominale. Pas de selle.

Le 16, même état : persistance de la fièvre, de la douleur abdominale, et de la constipation ; les vomissements ont disparu.

Le 17 au matin, 3 jours après le début des accidents, le malade se présente à la consultation de Saint-Antoine où nous l'examinons.

C'est un grand garçon, d'aspect vigoureux ; il se plaint d'une vive douleur dans le ventre, de mal de tête, de sa constipation qui dure depuis trois jours.

Examen : A l'inspection, le ventre paraît presque normal, plutôt rétracté. La palpation révèle une contracture musculaire de défense nette qui empêche l'exploration profonde.

Il existe un certain degré d'hyperesthésie cutanée.

La palpation constate une sensibilité douloureuse étendue à toute la fosse iliaque droite : pratiquée doucement avec un seul doigt au milieu de la ligne ilio-ombilicale droite, elle réveille une douleur aiguë qui ne peut être provoquée sur aucun autre point de l'abdomen. Cette constatation du point de Mac-Burney typique est répétée à plusieurs reprises. Il n'y a pas d'irradiations douloureuses.

La percussion pratiquée légèrement paraît accuser une diminution de la sonorité au niveau de la région appendiculaire.

Le facies est altéré, le malade a les yeux cernés. La langue est sale ; la respiration paraît un peu fréquente. Le pouls est rapide, brusque, dur, la peau est chaude.

Le diagnostic d'appendicite est porté : l'altération nette de l'état général fait incliner vers une intervention chirurgicale et le malade est immédiatement transporté dans une salle de chirurgie.

Après nouvel examen, le malade est opéré d'urgence ; après chloroformisation, laparotomie, recherche de l'appendice qui est trouvé accolé à la face postérieure du cœcum, ablation de l'appendice qui paraît sain et dont on doit faire ultérieurement l'examen histologique. Le soir, la température est de 40°.

Le lendemain 18, la température est, le matin, de 39°8, la

constipation persiste, la langue est sèche ; le soir le thermomètre monte à 40°.

Le 19, température du matin 40°1. Aucune trace de suppuration n'étant relevée, la persistance de la fièvre et des symptômes généraux décide au transfert du malade en médecine. Le malade devant entrer salle Axenfeld, l'interne du service mis au courant de la situation et pensant à une fièvre typhoïde, charge à son départ de la salle la surveillante de prélever au malade, dès son arrivée, quelques gouttes de sang.

Le séro-diagnostic fait dans l'après-midi reste négatif. T. soir 39°8. Le malade occupe à la salle Axenfeld le lit n° 20. En arrivant auprès du malade, nouvel examen. Le visage paraît rouge et congestionné ; les pommettes surtout la droite sont rouge violacé ; le malade, dès le début de l'examen, fait entendre une petite toux grasse ; on insiste pour qu'il crache, il rejette alors un crachat rouillé, épais, adhérent, qu'il détache avec peine et qui présente tous les caractères des crachats pneumoniques,

En interrogeant le malade avec soin, on peut alors apprendre quelques détails qu'il n'avait pas signalés. Il reconnaît avoir ressenti sous le sein droit, le premier et le deuxième jour, une légère douleur mais beaucoup moins intense que la douleur abdominale et qui n'existait que dans les grandes inspirations. De même, dès le début, il était sujet à une toux légère qui ne l'avait pas préoccupé. Il n'avait pas non plus attaché d'importance à deux ou trois crachats semblables à de la marmelade d'abricots et qu'il avait rejetés dans son mouchoir vers le quatrième jour de son affection, c'est-à-dire après son opération.

A l'examen du thorax, on trouve à la face droite de la poitrine une zone mate de la hauteur de la main où les vibrations vocales sont exagérées. A l'auscultation : souffle tubaire intense entouré d'une zone de râles crépitants et dont un certain nombre tendent déjà à présenter un timbre humide.

Langue saburrale, constipation opiniâtre, ventre normal, on prescrit un lavement qui ramène une grande quantité de matières, une potion de Todd, des ventouses sèches.

Le 20, T. matin 39°. Etat général bon. Dans le crachoir cinq ou six crachats rouillés. Les signes stéthoscopiques, n'ont pas varié, sauf les râles qui ont un timbre plus humide.

Soir; Temp. 39°8.

Le 21, temp. matin 38°6. Etat stationnaire. Soir 38°8.

Le 22, la défervescence s'est produite cette nuit. Transpiration abondante. T. 37°6. Apparition de râles crépitants de retour, le malade se trouve très amélioré.

La convalescence est normale. Le pansement est renouvelé le 25; les points de suture sont enlevés le 27; la cicatrisation de la plaie est rapide et le malade complètement guéri quitte l'hôpital le 2 mars.

Examen histologique de l'appendice fait par le docteur Leray chef du laboratoire.

Coloration à l'hématéine et au picro-carmin.

Pas de traces de lésions aiguës.

Intégrité de la muqueuse, épithélium, glandes, musculaire. Au picro-carmin, léger épaissement de la sous-muqueuse, vraisemblablement d'origine ancienne, sans aucune marque de processus aigu. Musculaire normale, séreuse normale.

OBSERVATION II

*Pneumonie centrale droite avec début simulant
l'appendicite. Hépatisation grise, mort.*

Communiquée par Mousseaux, interne des hôpitaux. *Thèse*
Mirande, 1900.)

Auguste M..., âgé de 28 ans, sans profession, entre le 3 novembre 1899, salle Andral, service de M. Gilles de la Tourette, suppléé par M. Hudelo.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Un frère mort dans l'enfance de méningite.

Antécédents personnels. — Rougeole et coqueluche dans l'enfance. Bronchite il y a trois ans, guérie en un mois. Bonne santé habituelle.

Histoire de la maladie. — Le malade est amené à l'hôpital le 5 novembre au soir, se plaignant d'une fièvre intense et d'une vive douleur abdominale. Il raconte que l'avant-veille, dans l'après-midi, il a ressenti brusquement une sensation douloureuse dans la moitié droite de l'abdomen. Il la compare à un engourdissement qui ne tarda pas à faire place à une douleur plus violente ayant son maximum dans la fosse iliaque droite. Cette douleur empêchait le malade de se tenir debout et le forçait à se tenir courbé en deux. Peu de temps après, apparut un vomissement alimentaire qui se renouvela dans la soirée ; en même temps, le malade éprouva quelques frissonnements et ressentit une fièvre vive.

La nuit fut mauvaise, sommeil impossible, soif ardente, douleur abdominale persistante.

Le lendemain, 4 novembre, l'état reste stationnaire, mais l'alimentation est impossible, le malade ressent encore quelques nausées, et surtout la fièvre persiste élevée. Pas de selle.

Le 5, un médecin appelé, déclare la situation grave et sans se prononcer sur le diagnostic, conseille le transport d'urgence à l'hôpital.

A l'entrée du malade, à l'hôpital, la température est de 40°6, le pouls est rapide, plein, le facies est congestionné et grippé, la langue est humide. La douleur abdominale persiste avec son maximum dans la fosse iliaque et il y a, à ce niveau, une contracture appréciable des muscles de la paroi. On porte le diagnostic d'appendicite mais en présence de la température élevée, des caractères du pouls, de la disparition des vomissements, de l'absence d'un empatement net dans la fosse iliaque, on décide de surseoir à l'intervention.

Le lendemain matin, 6 novembre, l'état est stationnaire.

T. 40°4, mais la douleur abdominale a diminué, la contracture musculaire a disparu, et l'exploration de la fosse iliaque ne découvre aucun empatement ni aucune collection.

Mais M. Hudelo, chef de service, auscultant à son tour le malade et le faisant tousser, découvre une zone soufflante, limitée à un territoire très restreint de la base droite. Le souffle n'est perceptible que dans l'étendue d'une pièce de deux francs environ, le malade ayant été pris ensuite d'une quinte de toux, on peut percevoir quelques râles crépitants très fins et très discrets. En même temps, cette quinte de toux ramène un crachat visqueux, gluant, détaché à grand'peine et de couleur sucre d'orge. Un frottis, pratiqué sur lamelle avec ce crachat, y découvre la présence de nombreux pneumocoques encapsulés. Une parcelle est inoculée à une souris qui succombe en vingt-six heures.

Ventouses sèches. Potion de Todd.

Le soir, état stationnaire. T. 40°4.

Le 7 novembre. T. matin 40°. Pouls : 120.

Plus de douleurs abdominales, ventre entièrement souple. Facies rouge, congestionné, narines pulvérulentes, langue sèche. Urines 800 grammes, très fortement colorées, crachats rouillés peu abondants. A l'examen du thorax : à la percussion, matité légère à la base droite en une zone très limitée, foyer de râles crépitants et souffle plus apparent qu'hier et perçu sur l'étendue d'une pièce de cinq francs. T. le soir 40°2.

Le 8 novembre. T. matin 39°, on prévoit une défervescence prochaine (6^e jour de la maladie). Foyer pulmonaire encore plus apparent et plus étendu qu'hier. T. le soir 40°3.

Le 9. T. matin 39°. Etat stationnaire. Pouls bon. Foyer très net, perceptible sur toute l'étendue d'une paume de main, crachats toujours rouillés. T. du soir 40°.

Le 10. T. matin 39°. Même état. T. soir 38°6.

Le 11. T. du matin 38°2. Le malade a transpiré assez abondamment pendant la nuit ; il se trouve mieux. Râles crépitants plus humides prenant le timbre des râles sous-crépita

retour, on considère la guérison comme imminente (9^e jour de la maladie). Mais le soir la température remonte à 40°.

Le 12. T. matin 39°6. Le souffle pulmonaire est moins net, mais les râles sont plus humides, s'étendant dans toute l'étendue du lobe inférieur droit; submatité. Vibrations conservées et même augmentées. T. soir. 39°8.

Le 13. T. matin 39°8. Langue sèche et rôtie. Urines peu abondantes. Expectoration très fortement rouillée. A l'auscultation: râles sous-crépitanants dans tout le foyer pulmonaire. T. soir 39°3.-

Le 14. T. matin 38°6. Amélioration légère. Langue moins sèche. Constipation persistante. Mêmes signes physiques. T. soir 39°7.

Le 15. T. matin 39°. Facies grippé. Le malade abattu répond difficilement, boit avec peine et uniquement quand on lui présente la boisson. Crachats brunâtres. A l'auscultation, gros râles humides cavernuleux. T. soir 39°8.

Le 16. T. matin 40°. Le malade est toujours très abattu, buvant à peine, crachats brunâtres, visqueux, difficilement détachés. Auscultation traduit mêmes signes. Urines rares. Y. soir 38°6.

Le 17. T. matin 39°9. Pouls rapide presque incomptable, fuyant sous le doigt. Le malade n'a presque plus de connaissance, ne boit plus, n'urine plus, ne répond pas. Auscultation impossible. Le soir la température monte à 41°2. Le malade meurt dans la soirée au quinzième jour de la maladie.

Nécropsie pratiquée le surlendemain.

Foyer d'hépatisation grise occupant tout le lobe inférieur droit, quelques fausses membranes jaunâtres et molles sur la plèvre. Appendice absolument sain.

OBSERVATION III

(Thèse Mirande, 1900)

Pneumonie centrale gauche chez une diabétique, a début simulant l'appendicite. Phénomènes adynamiques. Mort.

Le 12 juin 1900, vers 11 heures du matin, au moment de monter en voiture pour se rendre à l'Exposition, Mme X..., âgée de 45 ans, est prise subitement d'une violente douleur dans le ventre, surtout dans la région périombilicale, douleur suivie à bref délai de vomissements bilieux répétés.

Le docteur Houry, ancien interne des hôpitaux, voit la malade cinquante heures après le début des accidents. Il constate du côté du ventre (seule région dont la malade se plaint) un ballonnement assez marqué et une sensibilité très vive à la pression au niveau de l'épigastre et de tout le flanc droit jusqu'à la ligne ilio-ombilicale. Le point de Mac-Burney était le siège d'une douleur très nette.

Les vomissements avaient cessé depuis la veille, à la suite d'une médication instituée par un confrère précédemment consulté et il n'y avait plus que quelques nausées de temps à autre.

Le 15 juin au soir, la température axillaire était de 38°3. Le pouls battait 116 pulsations, était régulier et de force moyenne. La respiration était à 28. Langue saburrale, deux selles diarrhéiques la veille.

Du côté des autres organes, on constatait au cœur un souffle systolique de la pointe avec propagation nette dans l'aisselle.

Rien d'appréciable du côté du foie, pas d'ictère.

L'auscultation des poumons qui fut pratiquée rapidement,

étant donné les douleurs abdominales vives que les mouvements réveillaient chez la malade, décèla quelques râles sous-crépitaux aux deux bases avec prédominance à gauche.

Mais comme la malade affirmait que depuis quelques années on la soignait pour une bronchite chronique, on ne leur accorda qu'une minime importance et le développement exagéré des signes abdominaux fixa pour ainsi dire seul l'attention.

Pensant à la probabilité d'une crise d'appendicite, on prescrivit avec le repos absolu dans le décubitus dorsal, une potion opiacée et de la glace en permanence sur le ventre, etc.

Le 16 juin au matin, la malade se trouvait beaucoup mieux : les douleurs abdominales avaient beaucoup diminué, le ventre resta pourtant ballonné et sensible à la pression dans tous les points indiqués. Températ. 37°5 ; pouls 92 ; Respiration 24.

La malade se plaint surtout d'une extrême fatigue.

Le soir, rien de particulier. Tempér. 37°5, pouls 100.

Le 17 au matin, ventre encore un peu ballonné, pas de douleurs spontanées mais encore un peu de sensibilité à la pression. Pas de défense de la paroi qui existait précédemment.

Température 37°2. Pouls 104. Respiration 30.

La malade se plaint d'une grande fatigue et d'une soif très vive, la langue toujours saburrale a tendance à devenir sèche.

Urines claires et assez abondantes. Constipation absolue depuis le 15.

On prescrit une irrigation rectale avec une grande canule et à basse pression.

Le soir il s'est produit dans l'état de la malade un changement considérable : les traits sont tirés, les yeux excavés, le facies est abdominal, pourtant du côté du ventre, les symptômes se sont améliorés de telle façon qu'il n'est plus possible de trouver un point douloureux et la palpation permet de sentir jusqu'à la paroi postérieure.

La langue est sèche et fuligineuse, la soif est toujours très vive, malgré cela la température ne dépasse pas 37°5, le pouls

est à 408, régulier mais mou. Il existe en plus une gêne respiratoire assez vive.

L'auscultation des poumons décèle des râles sous-crépitaux fins dans toute la moitié inférieure du poumon gauche et quelques-uns à la base droite mais ni matité ni souffle.

Le diagnostic de congestion pulmonaire est porté et on institue un traitement en conséquence, tout en restant inquiet devant ce changement de tableau presque subit et les allures particulières de la maladie.

Le 18 juin au matin on trouve la malade à peu près dans le même état que la veille ; le facies est toujours abdominal, la dépression générale intense ; de plus il y a eu un peu de délire nocturne.

L'oppression est marquée.

La température est à 37°7. Pouls 112. Respiration 36.

L'auscultation du poumon fait découvrir à la base une respiration soufflante, sans compter les râles sous-crépitaux entendus la veille et qui persistent aussi nombreux.

Caféine en injections. Injection hypodermique de 10 centimètres cubes de sérum Chéron.

A 2 heures de l'après-midi et au moment où l'on venait de faire à la malade une injection de 25 centigrammes de caféine, le pouls s'élève brusquement à 130 et devient rapidement presque incomptable ; la dyspnée devient intense, les lèvres se cyanosent et la malade tombe dans un état semi-comateux jusqu'à la mort, arrivée à 10 heures du soir.

Les urines examinées la veille, le 17 juin, avaient décelé une quantité assez considérable de glycose et des traces d'albumine. La malade prenait depuis de longues années, le soir, une certaine quantité de sirop de chloral et de morphine et pour lutter contre la faiblesse dont elle se plaignait, elle usait, sans qu'on puisse dire : abusait, de liqueurs alcooliques.

Le diagnostic paraît être pneumonie centrale chez une diabétique et à début simulant l'appendicite.

OBSERVATION IV

(Due à M. F.-S. Eve)

M. Richardson. *Boston Med. and Surg. Journal*,
avril 1902.

Pneumonie double de la base avec pleurésie diaphragmatique droite, chez une fille atteinte d'ulcère gastrique. Douleur épigastrique violente avec collapsus. Laparotomie. Mort.

Il s'agit d'une fille de 17 ans, entrée dans un hôpital de Londres pour anémie intense et ulcère gastrique. Elle avait eu déjà une attaque semblable à celle que je vais décrire.

Un matin de l'année 1899, elle s'en allait à son travail quand elle fut prise dans la rue d'une douleur épigastrique violente et de vomissements. On la transporta à l'hôpital en état de collapsus.

Le pouls, très filiforme, battait à 120. Température 104° Fahrenheit (40°), l'abdomen était contracté, immobile, très sensible, ces signes étaient plus marqués à la région épigastrique.

Elle fut admise dans une salle de chirurgie avec le diagnostic d'ulcération gastrique et à 2 heures, M. Eve fit la laparotomie. Il explora la face antérieure, la face postérieure de l'estomac, la grande et la petite courbure, ne trouva pas d'ulcère, pas trace de péritonite. Elle avait été anesthésiée à l'éther et (un malheur n'arrive jamais seul) à la suite d'efforts violents une partie de l'intestin vint faire hernie entre les points de suture. L'intestin fut lavé et rentré dans l'abdomen après nouvelle incision.

Deux jours après l'admission, il était net que la malade avait

une pneumonie de la base droite. La température atteignait 101° (38°3).

Le 3^e jour : Température 104° F. (40°), signes d'hépatisation à la base manifestes.

Elle mourut le 5^e jour.

A l'autopsie, on trouva une pneumonie des deux bases et une pleurésie diaphragmatique droite. L'estomac présentait un petit ulcère de la dimension d'une pièce de « six pence » qui n'était même pas près de se perforer. Aucune trace de péritonite.

Je pense qu'il était impossible de faire un diagnostic exact. Le point qui eût pu éveiller quelque soupçon était la température de 104°5.

La fréquence de la respiration n'avait pas été mentionnée.

OBSERVATION V (Résumée).

Pneumonie prise au début pour une appendicite.

(E. Coudert, interne des hôpitaux.)

(*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 4 décembre 1902.)

L'auteur a observé, dans un service de l'hôpital Saint-Antoine, au printemps de 1901, un jeune homme de 15 ans, qui, dès son entrée, se plaignait de douleurs si violentes à la partie inférieure de l'abdomen, que l'interne de service, lors de sa visite du soir, pensa à une appendicite, et fit appliquer de la glace sur le ventre.

Le lendemain, la sensibilité était encore très vive, au lieu d'être limitée à la fosse iliaque droite, elle se montrait dans tout le côté droit de l'abdomen, sans localisation spéciale et elle était encore assez vive pour nécessiter une injection de morphine.

Il existait en même temps de la fièvre et de l'oppression qui étaient mises sur le compte des accidents mal définis que présentait le malade du côté de l'abdomen.

Le jour suivant, l'auscultation fit découvrir un foyer de pneumonie à la base droite, au voisinage duquel on percevait quelques frottements.

Quelques jours plus tard, survint un nouveau foyer de pneumonie à la partie moyenne du poumon gauche.

Puis on constata des signes de péricardite avec épanchement et lorsque le liquide fut résorbé, l'auscultation fit découvrir, mêlés aux frottements péricardiques, des souffles aux deux temps de la révolution cardiaque témoignant de l'existence d'une endocardite aiguë.

Le malade guérit et il est revenu à plusieurs reprises dans le service avec une double lésion aortique compliquée d'une lésion mitrale provoquant de temps à autre des crises d'asthénie.

Moins de quinze jours après le début, la douleur abdominale avait complètement disparu sans laisser de traces.

OBSERVATION VI

Appendicite diagnostiquée à tort.

(Mooris).

(*New-York medical journal*, 8 avril 1899.)

Une femme de 45 ans fut prise de symptômes de péritonite aiguë. Température 105° Fahrenheit (40°). Contracture des muscles abdominaux. Douleur intense et point localisé dans la fosse iliaque droite.

Elle racontait qu'antérieurement, elle avait souffert de crises moins fortes dans la région inguinale droite.

Au cours de l'opération, on trouva l'appendice et la trompe reliés par des adhérences.

A l'examen, l'appendice fut trouvé normal ; il avait été englobé antérieurement dans les adhérences développées autour de la trompe.

Le lendemain, la malade présenta les signes typiques d'une pneumonie lobaire. Elle guérit.

J'avais été appelé pour ce cas par un des plus éminents cliniciens de la ville.

OBSERVATION VII

Quelques jours plus tard, il me montra un cas tout à fait semblable de pneumonie lobaire avec symptômes abdominaux, chez un jeune homme, chez lequel on put porter un diagnostic exact.

OBSERVATION VIII

Pneumonie simulant l'appendicite.

(Guinon).

(*Société de Pédiatrie*, 12 mars 1901).

Une fille de 13 ans $1\frac{1}{2}$ entra à l'hôpital Trousseau le 16 février, avec une température de 39°5. Elle était malade depuis huit jours environ, ayant eu de la céphalée, de la fièvre, etc.

Le 17, elle avait le faciès un peu anxieux, les yeux un peu excavés, sans dyspnée, toussant très peu. Elle se plaignait d'une douleur dans le ventre à droite ; on la provoquait d'ailleurs en comprimant le flanc droit et la fosse iliaque et plus particulièrement la région de Mac-Burney.

En présence de ces symptômes, les élèves crurent à la possibilité d'une appendicite, mais ce n'était là qu'une apparence car si au lieu de presser brusquement et d'un seul doigt, on déprimait lentement la paroi abdominale avec toute la largeur

de la main, on ne provoquait plus de douleur et on ne rencontrait pas de défense musculaire. Toutefois comme l'auscultation ne révélait rien, M. Guinon fit quelques réserves.

Le lendemain 18 février, il trouva au sommet droit en arrière une respiration légèrement soufflante et surtout sous la clavicule un son skodique qui fit penser à une pneumonie droite. Cependant la douleur persistait dans la fosse iliaque, sans empatement, sans réaction musculaire nette.

Le 19, on constatait sous la clavicule quelques râles sous-crépitants, mais comme la pneumonie n'apparaissait pas et que le point de côté abdominal existait toujours, on se demandait si l'appendice n'était pas en cause. Ce qui troublait aussi l'appréciation des choses, c'était un aspect spécial des yeux, excavés, entourés d'un cercle bleuâtre. Mais ce même jour la température tombait de 40° à 37°6.

Le lendemain, 20 février (9^e jour), toute douleur avait disparu du ventre et en même temps les signes de la pneumonie s'accusaient sous forme d'une respiration très soufflante dans la fosse sous-épineuse droite, de râles sous-crépitants à la base et d'une sonorité tympanique avec râles crépitants au sommet droit en avant. Chose curieuse, alors que tout allait bien depuis huit jours, le 1^{er} mars, M. Guinon constata une élévation de température avec râles crépitants dans le poumon droit et point douloureux thoracique du même côté. Cette poussée nouvelle disparut en deux jours.

OBSERVATION IX

Pneumonie de la base droite à début appendiculaire.

John Lowett-Morse.

Annals of Gyn. and Ped., novembre 1899.

Michael D..., âgé de six ans, vient à l'école le 24 janvier 1899 bien portant; pourtant depuis une semaine il est constipé. Pen-

dant la récréation, en jouant, il reçoit d'un de ses camarades un coup dans l'abdomen. Peu de temps après, il s'évanouit et vomit. Son maître le ramène chez lui.

Les vomissements se répétèrent pendant 24 heures. Quand on le vit dans l'après-midi du 25, l'enfant se plaignait de nausées, de maux de tête et de douleurs abdominales. Il n'avait pas eu de selles. Il ne toussait pas et n'avait pas mal à la gorge. La température et le pouls étaient modérés. La respiration n'offrit rien de spécial à noter. L'attention était principalement attirée vers l'abdomen qui était légèrement distendu et sensible dans toute son étendue. L'examen des poumons fut négatif.

On prescrivit du calomel.

Le lendemain 26 : les vomissements avaient cessé mais il n'y avait pas eu d'évacuation intestinale. L'abdomen était considérablement distendu et d'une façon générale plus sensible, la sensibilité était plus marquée toutefois dans la région de la fosse iliaque droite ; il y avait là un peu de matité mais pas de tumeur. La température était élevée, le pouls et la respiration accélérés. La toux se montrait fréquente, forte et pénible. L'examen des poumons resta négatif.

La maladie semblait résider dans l'abdomen et être probablement une appendicite.

Bien que la respiration rapide et la toux fussent observées, elles étaient considérées comme secondaires aux troubles abdominaux, on leur attachait peu d'importance.

On ordonna un purgatif salin et on mit un cataplasme sur le ventre.

L'enfant eut 4 selles dans la nuit, pas de vomissements.

Le jour suivant 27, la distension abdominale était moins marquée, il y avait encore de la matité mais très peu de sensibilité dans la fosse iliaque droite. La toux était plus pénible : 65 respirations par minute. A l'examen des poumons : matité, souffle bronchique, et des râles crépitants au niveau du lobe inférieur droit. Le diagnostic de pneumonie fut porté.

Le lendemain, le météorisme avait disparu, la matité iliaque disparaissait 24 heures plus tard.

A partir de ce moment, le cas ne présenta rien de spécial. La crise se fit le huitième jour de la maladie, le 31 janvier.

OBSERVATION X

*Pneumonie du poumon droit (lobes moyen et inférieur)
avec symptômes abdominaux.*

(Lowett-Morse)

Hovard W..., âgé de huit ans, entre à l'hôpital le 10 avril 1899, il fut opéré par Morse pour une double mastoïdite, et supporta bien l'opération. La température resta normale jusqu'au 22. Le matin du même jour l'enfant eut un léger frisson accompagné d'élévation de température, 105° Fahrenheit (40°5). Il ne se plaignait que d'un peu de céphalalgie. La face était congestionnée. La langue très saburrale. Rien du côté des oreilles ne pouvait donner raison de cette élévation thermique : on fit un examen soigneux et complet, on ne trouva qu'une légère distension abdominale et un peu de matité. L'attention fut spécialement attirée du côté des poumons, la respiration étant en effet accélérée, le petit malade étant constipé, on ordonna de l'huile de ricin.

Pendant la nuit il vomit, et dans la matinée du 28 il rendit quelques matières. L'abdomen était très distendu et la sensibilité existait partout, principalement dans la moitié droite.

L'enfant toussant un peu, on pratiqua un examen attentif des poumons, on ne trouva rien.

Le 24, distension et sensibilité abdominale. Cependant pas de résistance musculaire localisée. La constipation céda à l'huile de ricin. Rien aux poumons.

Mixter qui fut appelé en consultation ne fit pas de diagnostic, mais pensa que les symptômes abdominaux étaient insuffisants pour légitimer une intervention.

Les symptômes et l'état général restèrent stationnaires jusqu'au 27 (6^e jour de la maladie).

La respiration s'accéléra alors et devint douloureuse. La toux devint plus fréquente et s'accompagna d'un point de côté très douloureux à droite ; les symptômes physiques apparurent en même temps que disparurent définitivement les symptômes abdominaux. Il y avait des signes d'hépatisation dans les lobes moyen et inférieur droits.

La crise survint le 40^e jour de la maladie, le 4^{or} mai.

OBSERVATION XI

Pneumonie gauche avec douleurs de ventre.

(Lowet-Morse.)

Maurice B..., âgée de 3 ans, est prise subitement de nausées avec fièvre et douleurs de ventre, dans la nuit du 18 mai.

La mère attribuant cela à des pommes de terre que l'enfant avait mangées lui donna de l'huile de ricin, l'intestin s'évacua.

Dans la nuit du 19, l'enfant vomit. Les douleurs abdominales persistaient. Il n'y avait pas de toux.

L'enfant fut conduite à l'hôpital le 20, 36 heures après le début des accidents. La température était de 39°9.

Le pouls et la respiration étaient rapides.

On ne trouva à l'examen que des signes évidents de rachitisme.

Les poumons furent l'objet d'une attention toute spéciale à cause du début aigu, de la température élevée, de l'accélération du pouls et de la respiration, on porta provisoirement le diagnostic d'embarras gastrique et on donna du calomel.

L'enfant quitta l'hôpital le 22 (3^e jour de la maladie), le ventre était libre, il n'y avait plus de vomissement, la douleur abdominale avait disparu.

Elle toussait cependant depuis 12 heures environ. La température était de 41°2. Respiration : 70 (l'apparence caractéristique d'une pneumonie). L'examen montra une hépatisation du lobe inférieur du poumon gauche. L'enfant rentra à l'hôpital.

OBSERVATION XII

Pneumonie ayant simulé une péritonite. Opération. Mort

(Palier — *The New-York medical Journal*,

16 septembre 1899.)

Un garçon de six ans ayant eu 10 jours auparavant une indigestion est pris le 13 février 1897 au soir, de frissons qui durent une demi-heure.

Le 16, la face est congestionnée, la conjonctive rouge. La température est de 41°. Le pouls bat à 140. L'enfant est constipé et il a du délire. Pas de signes de pneumonie.

Le 3^e jour, le petit malade, étendu sur le dos, se plaint du ventre. La constipation persiste. On note de la congestion de la joue gauche. Température 40°. Pouls : 130.

Submatité et rudesse à droite et en arrière au-dessous de l'omoplate, tympanisme épigastrique avec douleur à la pression.

Le 18, la constipation résiste au calomel. Les douleurs abdominales sont toujours vives. Mêmes signes physiques pulmonaires.

Un médecin appelé en consultation porte le diagnostic de péritonite probablement due à une appendicite et conseille l'opération immédiate.

On opère et on trouve un appendice sain, le péritoine intact.

L'enfant meurt 12 heures après.

A l'autopsie on découvre une pneumonie compliquée d'em-pyème ; rien dans le ventre.

OBSERVATION XIII

*Pleurésie diaphragmatique droite et pneumonie simulant
l'appendicite avec péritonite.*

(H.-L. Barnard. *The Lancet* 2 août 1902.)

(Cette observation est due à l'obligeance du docteur Kidd.)

Une petite fille, âgée de 11 ans, était admise à la consultation médicale d'un hôpital de Londres en 1895. Elle se plaignait de céphalalgie et plus spécialement de douleurs abdominales.

Trois jours auparavant elle avait été prise d'une douleur dans la fosse iliaque droite et avait eu plusieurs vomissements bilieux.

A l'examen pratiqué à l'hôpital, on trouva un ventre dur, très tendu, surtout au niveau de la fosse iliaque droite. Depuis trois jours, elle n'avait pas eu de garde-robes.

La langue était sale et sèche. Le pouls plein, peu dépressible battait à 104 pulsations à la minute, La température était de 103° Fahrenheit (39° 4.)

Les signes thoraciques n'étaient cependant pas très marqués, le jour de son entrée. On notait 40 respirations à la minute, l'enfant suspendait sa respiration parce qu'elle souffrait (comme cela se rencontre d'une façon presque caractéristique dans la pleurésie.)

Elle présentait de la sensibilité à la pression au niveau des insertions du diaphragme et on notait à ce niveau de la dilatation veineuse.

Le cinquième jour, après son entrée, il y avait des signes obscurs à la base du poumon droit. Le murmure vésiculaire était voilé et il y avait quelques râles humides, ainsi qu'à la base gauche. La température qui s'était maintenue à 103° Fahrenheit (39°4) tomba brusquement le quatrième jour, mais bientôt elle devint irrégulière et pendant quatre à cinq semaines elle atteignit fréquemment 102° (38°8).

Pendant ce temps, les symptômes de pleurésie diaphragmatique et de pneumonie devinrent plus manifestes et ne laissèrent aucun doute.

OBSERVATION XIV

Pleuro-pneumonie de la base droite. Point de côté abdominal aigu avec vomissements. Pas de signes pulmonaires. Herpès labial. Empyème. Guérison.

(H.-L. Barnard).

(Due à l'obligeance du docteur H. P. Dean et G. Schorstein).

Unpetit garçon de 10 ans, est admis dans un hôpital de Londres en 1899 pour une péritonite aiguë.

Deux jours avant son entrée, il avait reçu un coup au niveau de la région inférieure droite du thorax et de la partie supérieure de l'abdomen.

Le jour suivant (jour qui précéda l'admission), il fut pris d'une douleur vive dans l'abdomen ayant son maximum à la partie supérieure. Il vomit deux fois.

A son entrée, l'abdomen était distendu, sensible et contracté surtout dans la région épigastrique. La constipation existait depuis le début. Un lavement donna un médiocre résultat.

Les jambes étaient fléchies.

La température prise à l'entrée étant de 99°3, Fahrenheit (37°), elle atteignit 103° (39°4) le même jour. Le poulx ample, bien frappé, battait de 130 à 140. Respiration : 44.

Rien aux poumons.

Quelque temps après, l'enfant présentait de l'herpès aux lèvres. On le fit passer dans une salle de médecine. Il n'avait à ce moment rien dans la poitrine, mais le lendemain on constatait une hépatisation non douteuse de la base droite.

La température tomba le neuvième jour, mais remonta sept jours après, prit un type irrégulier. Il se fit un empyème qui fut opéré et drainé. L'enfant guérit.

OBSERVATION XV

*Pneumonie simulant l'appendicite. Appendicectomie.
Empyème. Guérison.*

(Richardson, *Boston med. and Surg. Journal*, avril 1902.)

Le vendredi 7 juin 1893, je vis avec le docteur Morrisson, de Boston, Fréd. A.R., garçon de 6 ans, qui un samedi matin se plaignait d'une douleur au côté (le père montra la région lombaire droite). Il vomissait et ne pouvait rien garder. Il avait un fort mal de tête.

Le lendemain il se plaignait encore de douleur au côté.

Le lundi, mêmes symptômes : la douleur et les vomissements continuaient.

Le mardi, le docteur Morrisson vit ce garçon pour la première fois. La douleur siégeait dans la fosse iliaque entre l'ombilic et l'épine iliaque antérieure et supérieure. Le docteur Morrisson pensa qu'il y avait quelque chose dans la poitrine, malgré cela notre idée était qu'il s'agissait d'une appendicite aiguë. Il n'y avait pas eu de vomissements depuis lundi. L'enfant ne se plaignait que de la douleur iliaque. Le côté gauche n'était pas sensible. L'abdomen était tendu, la température à 104°5 F. (40°3).

Le vendredi, je trouvai l'état suivant : Pouls : 120. Respira-

tion : 40, la température n'a pas été prise. Abdomen tendu et sensible partout. Langue bonne. Jambes fléchies. Respiration bruyante. Joues rouges. Yeux excavés, mauvaise apparence générale.

Mes notes concluaient « Je ne pense pas qu'il puisse supporter l'opération dans l'état où il est. »

Je fis le diagnostic d'appendicite avec péritonite généralisée probable et envoyai l'enfant à l'hôpital général de Massachusetts.

Le chirurgien de service acceptant sans discussion notre diagnostic, enleva l'appendice que l'on croyait enflammé. L'enfant alla bien, mais après l'opération il eut de la dyspnée et de la toux.

Le 29 juin, on ponctionna le côté droit et on retira du pus.

Le 3 juillet, je réséquai une côte et drainai.

Le 1^{er} août, l'enfant était guéri.

OBSERVATION XVI

Pneumonie prise au début pour une appendicite.

(Richardson.)

Malcom B. E., âgé de 4 ans, vu le lundi 1^{er} janvier 1894 avec le docteur Fanny Berlin.

Ce garçon a toujours été délicat et frêle ; a eu il y a deux ans une forte coqueluche, chaque hiver il est sujet aux maux de gorge et aux bronchites.

Le mercredi précédent, il sembla malade. La température était cependant normale.

Le jeudi, le docteur Berlin vit l'enfant ; il se plaignait de coliques. Le docteur pensa tout de suite à une *appendicite*. Le seul symptôme était la douleur siégeant tantôt à droite, tantôt à gauche. Il y avait de la toux. Température : 401. F. (38°3). Pas d'inertie intestinale.

Vendredi, même état. Râles dans les poumons. Le docteur Berlin pensa qu'il s'agissait d'un commencement de pneumonie. L'enfant ne se plaignait pas de douleur, il n'y avait pas de sensibilité localisée. Il resta dans un état satisfaisant jusqu'au vendredi.

Le vendredi à 4 heures, la température s'éleva à 105°, l'enfant se plaignit d'une douleur à l'épaule gauche. Il y avait des râles crépitants très nets au poumon gauche. Toutes les fois qu'il toussait, il disait que l'estomac lui faisait mal, il avait une douleur intense et il montrait l'épigastre. Températ. 104-106° F. (40°-41°). Respiration : 42. Toux fréquente et pénible.

Le samedi, température 105°, elle descendit à 104°, 103°, 102°, les symptômes étaient plutôt ceux de la pneumonie. Pas de ballonnement du ventre. Quantité d'urine normale. A 3 heures de l'après-midi, il était au mieux. Température : 102°2 (39°). Pouls 120. Respiration 36.

Le lundi matin à 4 heures, il eut une douleur vive dans l'abdomen, ce dernier était ballonné. Dans la région appendiculaire : douleur persistante. Le docteur Berlin craignit une appendicite aussi bien qu'une affection pulmonaire. C'est ce jour-là que je vis l'enfant pour la première fois. Mes notes disaient : joues rouges, matité dans la fosse iliaque droite, abdomen saillant, contracturé : sensibilité à peu près aussi grande à une place qu'à une autre : au stéthoscope on entend des bruits intestinaux. Pouls 120. Je ne pense pas l'opération utile, car je suis sûr qu'il n'y a pas de lésions à l'appendice, j'aurais pensé à l'appendicite si je n'avais vu le cas de Boston (ci-dessus indiqué).

Le docteur Berlin m'envoya dernièrement la note suivante : l'enfant guéri de la pneumonie qu'il fit quelques jours après votre visite continua à localiser la douleur dans la région appendiculaire. La douleur disparut graduellement. Sa pneumonie le laissa dans un grand état de faiblesse : ses parents l'envoient tous les hivers en différents endroits de Californie ; quand je le vis l'été dernier, son état s'était merveilleusement amélioré.

OBSERVATION XVII

Pneumonie ayant simulé l'appendicite.

(Richardson.)

Alice A..., âgée de 5 ans, vue le jeudi 19 avril 1894, à Lawrence-Mass avec le docteur S. Dowe et le docteur Chamberlain de Lawrence, le docteur Conn de Concord (N.-H.)

Il y a une semaine, dimanche, en dinant, cette petite fille a été prise d'une douleur dans l'abdomen. Elle quitta la table et se coucha.

La douleur persista tout l'après-midi et la nuit. Le docteur Dowe la vit. elle se plaignait de douleur dans la fosse iliaque droite. Temp. 104°4 F. (40°2) (première circonstance suspecte). Les joues n'étaient pas rouges mais pâles. Légère céphalalgie. Langue saburrale. Pas de constipation.

La température se maintint élevée pendant deux jours ; elle commença à décroître en même temps que la douleur. Il y avait encore un peu de sensibilité qui disparut bientôt. La malade semblait entrer en convalescence.

Le mardi, après une mauvaise nuit, elle eut de nouveau des douleurs, et la température commença à s'élever. Le docteur Chamberlain fut appelé mais ne put rien découvrir d'anormal. Il pensa à une appendicite et je fus appelé.

A l'examen : Sensibilité dans le côté droit, suivant le trajet des nerfs intercostaux inférieurs. Pas de matité, ni de douleur dans l'abdomen. Pas de douleur sauf dans le côté droit. Aplatissement du thorax à droite. Souffle tubaire et bronchophonie.

OBSERVATION XVIII

Pneumonie ayant simulé l'appendicite

(Richardson.)

Le lundi 12 mars 1900 nous vîmes avec le docteur Dow de Cambridge un garçon de 4 ans. Le dimanche 4 il avait été pris de toux avec agitation. Il avait une légère irritation laryngée.

Le lendemain il se sentait mieux.

Le mardi : température : 103° F. (39° 4). Le docteur Dow ne pouvait trouver de lésions pulmonaires en rapport avec la température. Le seul symptôme pulmonaire était une respiration accélérée. L'abdomen était légèrement distendu. Un peu de constipation.

Le mercredi : température normale, l'enfant était bien. Pendant la nuit la température monte à 101° 5 F. (38° 6.)

Le jeudi soir, il était très mal, agité. Rien ne pouvait expliquer ce malaise, le ventre était libre. La miction était douloureuse.

Le dimanche 14 mars, l'enfant commença à se plaindre de douleurs dans l'abdomen quand il toussait. Le docteur Dow fit un examen prolongé du poulmon, il ne put y trouver l'explication de cette respiration accélérée. Au moindre contact de la main au point de Mac-Burney, dit le docteur Dow, « l'enfant se plaint très fort et je lui fais mal ». Le docteur Dow soupçonna une appendicite et fit venir un chirurgien.

Je vis l'enfant le lundi, le lendemain de l'accès douloureux, la douleur était vive, l'enfant se plaignait beaucoup. Le ventre lui faisait mal quand il remuait ou se tournait.

Température : 101° 6 (38° 7) vomissements. Il y avait émis-

sion de gaz. L'enfant n'avait jamais eu rien de semblable auparavant.

Je trouvai l'abdomen modérément distendu et sensible, la sensibilité était générale mais plus marquée dans la fosse iliaque droite. Pas de défense musculaire ni de signes nets de péritonite localisée. Aux poumons : de nombreux râles

Il me parut sage d'attendre la diminution des signes thoraciques ou l'exagération des signes abdominaux, il eût été impardonnable d'opérer un cas si bénin d'appendicite avec des symptômes pulmonaires si accusés et cependant opérer à cause des symptômes abdominaux en l'absence même de signes pulmonaires ne m'eût pas paru sage. J'avais donc beaucoup de raisons pour retarder l'opération. Les jours suivants le docteur Dow trouva un commencement de pneumonie qui devint bientôt typique. Les symptômes abdominaux disparurent en deux jours. L'enfant eut une convalescence rapide.

OBSERVATION XIX

Pneumonie ayant simulé l'appendicite.

(Richardson.)

Lilian C..., âgée de 7 ans, malade du Docteur William Richardson. Je l'ai vue le samedi matin, 11 janvier.

La maladie avait débuté le mardi précédent dans la matinée. L'enfant s'était plainte d'une douleur abdominale localisée, douleur qui bientôt disparut. Elle eut alors une température élevée, le pouls tendu et la respiration accélérée. Elle avait toussé les deux jours précédents puis la toux cessa.

Dans la nuit de vendredi, elle fut prise de douleurs abdominales qui la faisaient souffrir atrocement. Ces douleurs s'apaisèrent mais la sensibilité abdominale était alors assez marquée

pour faire sérieusement penser à une appendicite probable avec péritonite commençante

Bien que le cas parût exclusivement pulmonaire, l'histoire, le fait de la douleur abdominale et de la sensibilité inquiétaient beaucoup le docteur Richardson. Il avait des raisons de croire à un début d'appendicite compliquant quelque affection thoracique.

C'est le samedi matin que j'eus l'occasion d'examiner l'enfant : l'abdomen était gros mais pas très distendu. Il n'y avait pas de contracture musculaire mais la sensibilité était indiscutable et nettement localisée au côté droit de l'abdomen, dans la région de l'appendice. La température oscillait entre 104° et 105° Farenheit (40° à 40°5). Respiration : 40, cette accélération de la respiration n'était pas incompatible avec une affection abdominale aiguë, d'autre part des examens répétés ne laissaient aucun doute sur la sensibilité de l'abdomen : malgré cela il me sembla que nous étions en présence d'une affection exclusivement pulmonaire mais la forme était de nature à me rendre extrêmement anxieux. Je m'attendais à chaque instant à être appelé pour opérer. Ce qui me rassurait c'était la haute température.

Le samedi soir, le docteur Richardson trouva une matité suspecte au niveau du lobe inférieur du poumon droit en arrière.

Le lendemain matin, la pneumonie était nettement caractérisée, l'aire en était et resta bien circonscrite.

La défervescence se fit le mardi matin. La température tomba de 105° à 99° F. (40°5-37°2). La respiration, le pouls diminuèrent le soir.

Le mercredi matin, tout était rentré dans l'ordre et la convalescence marcha rapidement.

OBSERVATION XX

Pneumonie simulant l'appendicite

(Par MM. Comby et Zielinski)

Archives de médecine des enfants, décembre 1902.

Un jeune garçon de 8 ans, habitant Paris, place de la Nation, est atteint de rougeole au commencement de juin 1902. La fièvre éruptive fut légère et l'enfant était complètement rétabli quand il présenta tout à coup, le 12 juin, des vomissements, des douleurs de ventre, de la fièvre, de la constipation.

Il faut dire que cet enfant, quoique bien portant d'habitude, souffrait depuis plusieurs années de crises revenant à des intervalles irréguliers (tous les deux, trois ou quatre mois) et caractérisées par : vomissements, constipation, douleurs abdominales, fièvre. Un médecin avait parlé de troubles gastriques ; nous pensions à la possibilité de petites crises appendiculaires.

Quoi qu'il en soit, nous fûmes appelé à voir l'enfant le 13 juin, lendemain de l'invasion de sa maladie actuelle ; nous trouvons une température rectale de 39°3, une langue saburrale avec anorexie, un facies grippé et enfin des douleurs spontanées et à la pression localisées dans le côté droit du ventre. L'examen de la gorge est négatif. Peu ou pas de toux. Pas de dyspnée notable.

Nous prescrivons une potion avec extrait thébaïque, des cataplasmes sur le ventre, un lavement évacuateur, des suppositoires à la quinine, la diète hydrique.

Les douleurs se calment mais la fièvre persiste (39°6, 39°8).

Le 15 janvier (4^e jour de la maladie), après avoir pris deux capsules d'huile de ricin, l'enfant a plusieurs vomissements, le ventre se ballonne et nous pensons à une péritonite appendiculaire. Cependant un lavement est suivi d'effet.

Le soir du même jour, M. Comby, appelé en consultation, repousse le diagnostic d'appendicite et pense à une pneumonie droite avec point de côté abdominal. En effet, le ventre était souple, il n'y avait pas de défense musculaire au point de Mac-Burney ; la douleur était modérée, le pouls bon, le facies peu inquiétant. Une auscultation attentive faisait percevoir une différence assez notable entre les deux sommets pulmonaires, et tout bien considéré, nous nous arrêtons au diagnostic de pneumonie du sommet droit.

En effet, le lendemain 16 juin (5^e jour), les signes physiques étaient caractéristiques, il y avait un souffle au sommet droit qui ne fait que s'accroître le lendemain.

Le 18 (7^e jour), la température tombe en quatre heures à 37°6 puis à 36°4 ; c'est la défervescence qui ne s'est pas démentie. En même temps, les douleurs de ventre et les vomissements disparaissent pour ne plus revenir. L'appétit revient rapidement et en quelques jours la guérison est complète.

OBSERVATION XXI

Pneumonie avec douleurs épigastriques appelant l'idée d'une affection abdominale. Pneumonie du sommet. Mort subite au troisième jour.

(Charles Leroux, *Archives de méd. des enf.*, avril 1902.)

Fille de 5 ans, bien constituée, bien portante jusqu'alors. Le 6 novembre 1901, elle est prise de malaise, de fièvre et d'un léger mal de gorge.

Le lendemain, jeudi 7, on observe un faible mouvement fébrile à 38°, un peu d'embarras gastrique : la langue est sabur-

rale, l'amygdale gauche est rouge, gonflée avec quelques points blancs d'angine pultacée.

Le vendredi et le samedi se passent bien ; l'enfant paraît peu malade, on la lève même dans la journée.

Le dimanche matin (cinquième jour de l'amygdalite), l'enfant semble plus fatiguée et dans l'après-midi, elle est prise de vomissements répétés et d'une douleur épigastrique vague. La température, le matin à 38°4, monte le soir à 39°5. Pouls : 130.

L'enfant est agitée, excitée, elle parle beaucoup. Il n'y a pas de toux, pas de symptômes précis, cependant l'épigastre est sensible, et on ne peut toucher le ventre sans déterminer des grognements de la malade. Le père, qui est un de nos confrères, redoute quelque *complication abdominale*. La nuit est agitée, l'enfant délire légèrement, urine au lit.

Le lendemain lundi, la température monte à 40° avec un pouls large et plein à 140. Il existe toujours de la gêne à l'épigastre. Le soir, je vois la petite malade. La peau est chaude, la langue saburrale. Pouls : 144. Température : 40°7. Fillette assez abattue, oppressée. Respiration : 52.

L'examen de la poitrine ne donne rien à gauche, et à droite fort peu de signes, on constate une légère diminution de la sonorité à la percussion dans la moitié supérieure du poumon droit en arrière. La respiration est un peu rude sans être soufflante ; la voix est légèrement retentissante, les bruits du cœur sous l'aisselle sont transmis assez fortement. Pas de siffle, pas de râles, le cœur bat précipitamment, les bruits sont nets, le pouls rapide, mais sans anomalie.

Le ventre et surtout l'épigastre sont sensibles à la pression. Pas de ballonnement, pas de diarrhée.

L'amygdalite gauche persiste toujours avec un petit ganglion sous-maxillaire.

En somme, d'après l'évolution et les quelques symptômes locaux, on peut diagnostiquer : Amygdalite gauche, infection secondaire au cinquième jour. Pneumonie probable du côté droit.

Traitement : bains tièdes toutes les quatre heures. Enveloppements humides dans l'intervalle. Boissons abondantes. Sulfate de quinine.

La nuit est agitée, l'enfant délire légèrement.

Le lendemain, mardi, 12 novembre, à 8 heures du matin, la température monte à 41°2. Pouls : 160. A dix heures une consultation a lieu avec M. le professeur Hutinel, qui trouve les mêmes symptômes locaux peu accentués au sommet droit et qui confirme le diagnostic de pneumonie du sommet. Pouls un peu mou. Cœur n'offre rien d'anormal, pas de souffle.

On continue bains et enveloppements, puis on prescrit quelques gouttes de teinture de digitale.

Le pronostic porté n'est point défavorable, l'enfant est agitée pendant tout le jour. A six heures du soir : température 41°5. A 10 heures, brusquement l'enfant faiblit, pâlit, s'affaisse dans son lit et meurt subitement avant que son père ait eu le temps d'intervenir, « Son cœur, dit-il, a cédé tout d'un coup. »

**Observations dues à l'extrême bienveillance de
M. le professeur Hutinel (Thèse de Mirande)**

(Communication orale)

OBSERVATION XXII

Le premier cas est celui d'une petite fille de 14 ans environ qui entre à l'hôpital des Enfants-Assistés avec le syndrome classique de l'appendicite. Vomissements, douleur dans la fosse iliaque droite, élévation de la température.

L'examen révèle la localisation de la douleur au point de Mac-Burney et le diagnostic d'appendicite est porté.

La petite malade est opérée et l'appendice est enlevé il ne présente aucune lésion.

Il s'agissait en réalité d'une pneumonie dont les signes apparurent quelques jours plus tard.

La fillette guérit de sa pneumonie.

OBSERVATION XXIII

Le deuxième fait est celui d'un homme adulte de 40 ans environ, d'origine anglaise, qui, après des libations exagérées, rentre chez lui et s'endort sur sa descente de lit.

Le matin, il se réveille avec une violente douleur dans la fosse iliaque droite, la défense musculaire de la paroi, l'élévation de la température. Le diagnostic d'appendicite est porté. M. Hutinel est appelé et constate les signes d'une pneumonie droite et l'opération est ainsi évitée. La pneumonie ne tarde pas à se montrer avec les allures graves d'une pneumonie infectieuse et le malade succombe vers le 6^e jour.

OBSERVATION XXIV

Le troisième cas est celui d'un enfant de 10 ans qui entré en mars 1900 dans le service de M. le professeur Hutinel, souffre d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite, de constipation. Il y a en plus de la fièvre. La localisation au point de Mac-Burney, les symptômes fébriles font porter aux élèves du service le diagnostic d'appendicite. M. le professeur Hutinel fait le diagnostic de pneumonie par la constatation de la rougeur de la pommette droite, diagnostic que confirme les auscultations.

La maladie évolue normalement et le petit malade sort guéri.

OBSERVATION XXV

*Pneumonie probable sans signes stéthoscopiques nets
avec point de côté abdominal et douleur au niveau
du point de Mac-Burney*

(Observation personnelle, recueillie dans le service du
Docteur Comby.)

L..., 3 ans 1/2, entre à l'hôpital des Enfants-Malades le
9 janvier 1903.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort il y a quinze
mois de tuberculose pulmonaire. La mère est bien portante,
elle a perdu trois enfants, deux de diarrhée infantile, l'autre de
méningite.

Antécédents personnels. — L'enfant est née à terme, a été
élevée au biberon. La dentition et la marche se sont faites en
temps normal. A l'âge de 2 ans, elle prend une rougeole grave
qui a été suivie de varicelle.

Histoire de la malade. — La mère raconte que depuis quel-
ques jours l'enfant était toute triste. Elle a été prise de fièvre
avec vomissements très fréquents, se produisant sans efforts,
et une constipation opiniâtre que n'a pas fait cesser l'adminis-
tration d'un purgatif. L'enfant est amenée à l'hôpital. La tempé-
rature du soir est de 39°.

Le lendemain (10 janvier). Température, matin 40°, soir 40°2.

Examen. — L'enfant est bien constituée, elle n'est pas amaigrie. On remarque sur les jambes des taches ecchymotiques.

Appareil digestif. — La langue est recouverte d'un enduit
blanchâtre; il n'y a pas d'angine. Le ventre est normal, ni dur
ni rétracté, mais l'enfant cherche à se dérober à l'exploration.
La palpation du ventre détermine des grognements et de la

douleur. Le point de Mac-Burney existe, il n'y a pas de contraction défensive et en déprimant la paroi abdominale au niveau de la fosse iliaque par une pression lente, soutenue et profonde, on ne produit pas de gargouillement. La constipation persiste.

Appareil respiratoire. — Il y a accélération du rythme respiratoire, 56 respirations à la minute avec dyspnée assez vive qui s'accompagne de battements des ailes du nez. Pas de tirage sus-sternal ni épigastrique. La toux est fréquente et sèche. La percussion du thorax dénote une exagération de la sonorité dans la fosse sous-claviculaire droite (skodisme) et de la submatité au niveau de la fosse sous-épineuse du même côté et à la base. A l'auscultation on ne trouve que des signes de bronchite généralisée, des râles ronflants disséminés, en avant et en arrière, des râles sous-crépitaux à la base droite. La respiration est légèrement soufflante au sommet droit en arrière.

Appareil circulatoire — Les bruits du cœur sont forts, le pouls régulier et fréquent (150 à la minute).

Examen des urines. — Pas d'albumine des urines. La diazoréaction est négative.

Etat général. — L'enfant est abattue et indifférente. Le facies n'offre rien de spécial. Pas de coloration du visage ni des pommettes. Les yeux sont cernés de noir.

Traitement. — Bains à 38° pendant 10 minutes. Dans l'intervalle, application sur le thorax de cataplasmes sinapisés. Lait et limonade vineuse. On prescrit des paquets contenant calomel, scammonée et ipéca.

L'enfant a trois selles dans la journée, pas de vomissements.

Le 11. — La température prise le matin et le soir est 39°8. La dyspnée semble moins vive, toutefois on compte encore 52 respirations à la minute. La toux est assez fréquente. Le pouls bat à 152. Pas d'autres signes pulmonaires. Le facies reste le même, il n'est pas coloré. Le ventre est toujours douloureux, le point de Mac-Burney subsiste. Quand on appuie brusquement, les muscles sous-jacents à la main qui palpe se contrac-

tent, mais par une pression douce, on ne provoque pas de contracture. Les jambes sont fléchies.

On prescrit des enveloppements froids du thorax.

Le 12. — Température matin 40°1, soir 40°2. Pouls 140. La douleur iliaque est moins nette, elle tend à disparaître. Même état général. Pas de râles crépitants, pas de souffle tubaire.

Les 13, 14, 15. — Même état. Température 40°1, 39°, 39°5.

Le 16 au matin : défervescence. — La température tombe subitement à 37°. La submatité disparaît à droite. On n'entend plus de râles.

Le 19. -- Otite gauche. Lavages à l'eau oxygénée. Instillations de glycérine phéniquée.

CONCLUSIONS

Le point de côté dans les affections thoraciques et particulièrement dans la pneumonie peut être abdominal.

Le point de côté abdominal rare dans la pneumonie de l'adulte est par contre assez fréquent dans l'enfance.

Dans les pneumonies siégeant à droite, ce point de côté occupe souvent le flanc droit et la région de la fosse iliaque et comme il existe en même temps de la fièvre, des vomissements, de la constipation, le médecin appelé au début, en présence d'une scène bruyante et paraissant exclusivement abdominale, pense à l'appendicite, le syndrome appendiculaire est en effet réalisé. Mais l'incertitude, l'hésitation est de courte durée, car au bout de quelques jours (2, 3, 4) les symptômes abdominaux s'atténuent, le syndrome se désagrège pour laisser la place aux signes thoraciques.

Il importe de faire un diagnostic hâtif et exact et pour cela il faut ne pas se laisser hypnotiser par le siège de la douleur, regarder à côté les symptômes concomitants,

songer à la possibilité d'une pneumonie et examiner systématiquement et minutieusement le poumon.

Plusieurs symptômes doivent mettre sur la voie : la montée subitement élevée de la température, l'extrême rapidité du pouls chez l'enfant, l'existence de la toux, l'accélération du rythme respiratoire et la dyspnée, la présence de signes physiques thoraciques (submatité ou matité, skodisme, râles), l'absence de contracture et de signes de localisation appendiculaire, le facies coloré, principalement la coloration d'une pommette, l'herpès labial, la diminution des chlorures dans l'urine.

Le diagnostic exige une grande attention et une critique serrée de tous les symptômes.

Dans les cas très rares où le doute est permis, il convient de savoir attendre, une intervention précoce étant non seulement inutile, mais pouvant faire courir des risques au malade.

Le point de côté pneumonique qui siège dans la région appendiculaire est dû à une névralgie réflexe (branche perforante antérieure du XII^e intercostal) et cette névralgie a pour point de départ la phlogose du poumon.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.
HUTINEL.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BRUN. — Appendicite. Traité des maladies de l'enfance (Grancher et Comby).
- COMBY. — Pneumonie. Traité des maladies de l'enfance (Grancher et Comby).
- COURTOIS-SUFFIT. — Appendicite. Traité de médecine (Bouchard, Charcot, Brissaud).
- NETTER. — Pneumonie. Traité de médecine (Bouchard, Charcot, Brissaud).
- GALLIARD. — Appendicite. Traité de médecine (Brouardel-Gilbert).
- LANDOUZY. — Pneumonie. Traité de médecine (Brouardel et Gilbert).
- GUINARD. — Appendicite. Traité de chirurgie (Le Dentu et Delbet).
- JALAGUIER. — Appendicite. Traité de chirurgie (Duplay et Reclus).
- LÊGUEU. — Appendicite (Monographie).
- BROCA. — Appendicite.
- TALAMON. — Appendicite et pérityphlite (Bibliothèque Charcot-Debove), 1892.
- MONOD et VANVERTS. — Appendicite (collection Léauté).

- JACCOUD. — Traité de pathologie interne. Pneumonie.
- DIEULAFOY. — Manuel de pathologie interne. Pneumonie. Appendicite.
- MIRANDE. — Thèse, 1900. Du syndrome appendiculaire dans les affections thoraciques (sans lésions de l'appendice).
- MOORIS. — New-York medical Journal (avril 1899).
- PALIER. — New-York medical Journal (septembre 1899).
- LOWET-MORSE. — Annals of Gyn. and Pediat (novembre 1899).
- MASSALONGO. — Riforma medica, 1901.
- RICHARDSON. — Boston medical and Surgical journal (avril 1902).
- GUINON. — Bulletin de la Société médicale des hôpitaux (mars 1901).
- BARNARD. — The Lancet (2 août 1902).
- SIREDEY. — Bulletin de la Société médicale des hôpitaux (nov. 1902).
- VALLEIX. — Clinique des maladies des enfants, 1838.
- GRISOLLE. — Traité pratique de la pneumonie.
- DAMASCHINO. — Thèse, Paris, 1867. Des différentes formes de pneumonie aiguë chez l'enfant.
- RILLIET. — La pneumonie des enfants, 1838.
- ANDRAL. — Clinique médicale.
- RILLIET et BARTHEZ. — Maladies des enfants.
- LAENNEC. — Traité pratique d'auscultation ou maladies des voies respiratoires.
- CADET DE GASSICOURT. — Traité des maladies de l'enfance.
- MARFAN. — Semaine médicale. Paris, 1900.
- WOILLEZ. — Traité clinique des maladies aiguës des voies respiratoires. Paris, 1872.
- ROGER. — De la température chez les enfants à l'état physiologique et pathologique. Archives générales de médecine, 1844.
- BUCQUOY. — Des formes cliniques de la pneumonie. Gazette des Hôpitaux, 1879.
- TALAMON. — 100 cas de pneumonie. Médecine moderne, 1899.

- LŒPER. — Archives de médecine expérimentale. Novembre 1899. — La leucocytose dans la pneumonie.
- VEILLON et ZUBER. — Archives. Juillet 1899.
- ROCHON. — Journal de clinique et thérapeutique infantile. 1895.
- GOUGET. — Société de Biologie, 1897.
- TRIPPIER et PAVIOT. — Semaine médicale. Mars 1899.
- MAURIN. — Thèse, Paris, 1889-1890. L'appendicite et la péritonite appendiculaire.
- PAUMELLE. — Thèse, Paris, 1896. Le poulx dans la pneumonie des enfants.
- KAMENSKY (Mlle). — Thèse, Paris, 1900. La pneumonie à rechutes.
- SCHLESINGER. — 173 cas de pneumonie chez l'enfant. Archiv. für Kinderheilkunde, déc. 1897.
- FREDERICI. — Archiv. ital. di clinic. med. 1893.
- BONNARD-FAVRE. — La température chez les enfants. Thèse, Paris. 1898.
- KALER, JEANDELISE et LEFÈVRE. — 100 cas de pneumonie chez l'enfant. Revue médicale de l'Est. Nancy, 1898.
- LACLAUTRE. — Thèse, Paris, 1897. Des difficultés du diagnostic de la pneumonie au début chez l'enfant.
- PERRET. — De la pneumonie infantile d'après 70 observations. Province médicale, Lyon, 1891.
- MOIZARD. — Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 2 avril 1897.
- TALAMON. — Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 9 avril 1894.
- RENDU-BRISAUD-MERKLEN. — Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 25 mars 1897.
- ACHARD et BROCA. — Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 4^{er} août 1897.
- GORDON (Mlle). — Thèse, Paris, 1896-1897. L'appendicite chez l'enfant.

- LEROY. — Thèse, Paris, 1897-1898. Diagnostic différentiel de l'appendicite.
- BOULAY. — Thèse, Paris, 1890-1891. Affections à pneumocoques dépendant de la pneumonie franche.
- ZUBER. — Thèse, Paris, 1895-1896. Localisations pneumococciques.
- PICOT et d'ESPINE. — Maladies de l'enfance. 1894.
- SÉE (G.) — Maladies spécifiques des poumons. 1855.
- SIMON (Jules). — Conférences cliniques et thérapeutiques.
- URDARIANO. — Les pneumonies rudimentaires. Thèse, Genève, 1888.
- BASSEREAU. — Thèse, Paris, 1840. Essai sur la névralgie des nerfs intercostaux considérée comme symptomatique de quelques lésions viscérales.
- TALAMON. — Médecine moderne. 1892.
- SIMONIN. — Manifestations appendiculaires au cours de quelques maladies infectieuses. Bull. soc. méd. des hôpitaux, déc. 1901.
- FERRIER. — Appendicite pneumococcique. Bull. soc. des hôp., oct. 1902.
- DEMOUCHY. — Thèse, Paris, 1896. Du skodisme dans la pneumonie.
- HAMILTON. — Examen du sang dans le diagnostic de la pneumonie. Fesh. med. détroit, 1899.
- DIEULAFOY. — Cliniques médicales.
- COMBY. — Archives de médecine des enfants, décembre 1902.





BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN
